Rok XXVII. Kraków, 18 Lutego 1888. Nr. 7.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Nowy sposób cięcia podbrzusznego (sectio alta) oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznéj właściwości otrzewny w operacyjach na pęcherzu w ogóle.

Podał Prof. Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Opis sposobu operowania:

Operacyję można podzielić na 5 aktów:

Akt I. Przysposobienie jak do każdéj laparotomii. Zaprowadziwszy o ile możności jaknajgrubszy cewnik Nélatona, przepłukuje się pęcherz ciepłym rozczynem kwasu borowego lub salicylowego. Ostatecznie pozostawia się nieco tego płynu, żeby pęcherz był średnio wypełniony. Cewnika nie wyjmuje się, tylko się go zaciska. Cewnik radzę dla tego wybrać jak najgrubszy, żeby pozostając następnie nietylko w czasie, ale i po operacyi stale, nie zatykał się tak łatwo skrzepami krwi lub piaskiem.

Akt II. Otwarcie jamy brzusznéj — w smudze białéj ponad spojeniem kości łonowych w zwykły sposób. Cięcie nie powinno sięgać poniżéj załamka otrzewny.

Akt III. Wydobycie pęcherza i przymocowanie go tak, żeby po otwarciu nic nie spłynęło do jamy otrzewnowéj. Pierwotnie obawiałem się tego sądząc, że będzie nadzwyczaj trudno temu zapobiedz. Ułożyłem więc sobie plan, żeby owalny kawałek powierzchni pęcherza, gdzie zamierzamy nacięcie ścian jego zrobić, połączyć z brzegami rany brzusznéj i tak zupełnie szczelnie zamknąć jamę otrzewnową przed otwarciem pęcherza, w przebiegu atoli operacyi postąpiłem inaczéj. Kiedy jak najdaléj w tyle, tam, gdzie się nacięcie pęcherza miało kończyć, założyłem przez jego ściany (*serosa* i *muscularis*) pętlę jedwabną, udało się pęcherz po następném odpuszczeniu płynu przez cewnik o tyle wyciągnąć przed ściany brzuszne, że niebezpieczeństwo wypłynięcia moczu do jamy otrzewnowéj przy należytém utrzymywaniu brzegów rany pęcherzowéj w górę ostremi haczykami zdawało się wcale nie grozić, tém mniéj, że pozostawiony w pęcherzu cewnik odprowadzał ciągle świeżo przybywający mocz. Zresztą dla pewności zatkałem o ile możności szczelnie przestrzeń pomiędzy pęcherzem a brzegami jamy brzusznéj gazą jodoformową, zatykając ją aż do jamy otrzewnowéj; nadto położyłem kilka warstw gazy jodoformowéj jeszcze naokoło wyciągniętéj części pęcherza. Teraz dopiero otworzyłem pęcherz cięciem na 4 cm. długiém. Palcem do wnętrza wprowadzonym przekonałem się, że był prawie całkiem wypełniony kamieniem. Wprowadzając po palcu kleszcze, chciałem kamień wyciągnąć, lecz za każdém pochwyceniem kruszył się. Nie pozostało nic innego, jak wyjąć go łyżką, a ponieważ ubogie nasze instrumentaryjum nie posiada nic podobnego, musiałem w tym celu użyć zwyczajnéj łyżeczki od kawy, którą bez trudności wydobyłem wszystkie nieco większe odłamki. Żeby pęcherz zupełnie oczyścić, przepędziliśmy przez niego kilka litrów letniego rozczynu kwasu salicylowego w ten sposób, że przez cewnik wlewało się płyn do pęcherza od strony cewki moczowéj z irygatora dość wysoko uniesionego, a płyn silnym strumieniem wypływał otworem górnym pęcherza na zewnątrz, zabierając z sobą drobniejsze odłamki i piasek. Nie obawiałem się wcale, żeby coś z tego płynu mogło się dostać do jamy brzusznéj, bo pewny byłem, że obłożone i pozatykane strzępki gazy szczelnie zamykają przystęp. Jakoż dalszy przebieg pokazał, że rzeczywiście nic nie spływało do jamy otrzewnowéj Muszę jednak przyznać, że zamierzone pierwotnie zeszycie ścian pęcherza z brzegami rany w ścianach brzusznych pewniéj jeszcze chroni od podobnego nieszczęścia — przedłuża tylko znacznie operacyję i nie dozwala tak swobodnego postępowania, n. p. gdyby okazała się potrzeba przedłużenia cięcia w ścianach pęcherza. Nie jestem atoli wcale przeciwny takiemu postępowaniu, a nawet pytanie, czy w następnych przypadkach dla większéj pewności sam go nie użyję.

Akt IV. Szew pęcherza założyłem w ten sam sposób, jak go zwykle zakładałem na jelicie, z tą tylko różnicą, że do drugiego rzędu użyłem dla pewności jedwabiu, zamiast katgutu. Użyłem więc dwurzędnego szwu Czernego, posługując się przy pierwszym i drugim rzędzie szwów szwem kuśnierskim, jak to przy szwie jelitowym pierwszy stanowczo zalecałem i użyłem. Wiedziałem dobrze o tém, że właśnie do szwu pęcherzowego nie zalecają różni chirurdzy i eksperymentatorzy, pomiędzy nimi Vincent (l. c. pag. 462), Brenner (l. c.) i Znamenensky (l. c. pag. 155) szwu kuśnierskiego, zarzucając mu, że jak na jeduém miejscu puści, to już wcale nie trzyma i cały szew się rozchodzi. Podług mnie, tylko ten szew za dobry uważać można, który wcale się nie rozchodzi. Gdy się szew rozejdzie, to już nie ma wielkiego znaczenia, właśnie przy szwie pęcherza, czy on mniéj czy więcéj się rozszedł, małą dziurką wypłynie wszystek mocz również jak i wielką, na co zupełnie słusznie wskazał już G. Simon, zastanawiając się nad przetokami pęcherzowo-pochwowemi, a czego nadto dowodzi nam doświadczenie, zrobione właśnie na szwie pęcherza po pęknięciu pęcherza wewnątrzotrzewnowém: kilka przypadkow zakończyło się śmiertelnie, mimo, że tylko jeden lub drugi kąt jamy wysunął się ze szwu — mała ztąd powstająca dziurka zupełnie wystarczy i wystarczyła, żeby mocz obficie wylał się do jamy otrzewnowéj i nastąpiło zakażenie. Na ocenę, jaki sposób zakładania szwu zasługuje na pierwszeństwo, może więc tylko to wpływać, jaki pewniéj zamyka ranę, a nie jaki ewentualnie na mniejszéj lub większéj przestrzeni puszcza.

Otóż prawie wszyscy zgadzają się na to, że założenie szczelnego szwu na pęcherz jest dla tego tak trudne, ponieważ zakładamy szew na skurczone ściany pęcherza. Skoro się później pęcherz wypełni i ściany rozszerzą, oddalają się pojedyńczo założone szwy węzełkowe od siebie w miarę rozszerzania się pęcherza i w ten sposób stać się może, że wtenczas pomiędzy szwami, nawet bardzo blisko siebie założonemi, powstają zanadto szerokie przestrzenie, niezamykające szczelnie i przepuszczające mocz. Szew kuśnierski zaś mając swój początek i koniec przymocowany po za początkiem i końcem rany tém silniéj i mocniéj zaciągnie ranę, im bardziéj rozciągną się ściany pęcherza i dla tego to uważam ten rodzaj szwu właśnie w ranach pęcherza za najlepszy.

Co do samego zakładania szwu, to trzymałem się tych samych zasad, co przy szwie jelitowym, a które dla pęcherza ustalili Maksimow, Znamenensky, Vincent i inni. A więc nie zabierałem w pierwszy rząd szwów błony śluzowéj, tylko trzymałem się przepisu Maksimowa. Ma to na celu, żeby szew niepokryty nie wyzierał do jamy pęcherzowéj i na nitce nie potworzyły się osady, coby mogło dać początek wytworzeniu się nowych kamieni. Z téj saméj przyczyny nie pochwalam rady Znamenenskyego (l. c. p. 158), żeby błonę śluzową wywijającą się obciąć *au niveau* reszty brzegów rany. Po wypełnieniu pęcherza i rozszerzeniu się ścian jego powstałby na tém miejscu brak błony śluzowéj i szew nie byłby pokryty. Wywijająca się błona śluzowa nie przeszkadza tyle, żeby jéj przy dokładném zakładaniu szwu nie można na wewnątrz zawinąć. Pierwotnie i ja zalecałem podobne postępowanie przy szwie jelitowym, ale na własnych doświadczeniach u psów mogłem się przekonać o niestosowności takiego postępowania, na co też uwagę zwrócił Reichel [1]). Daléj trzeba zakładając szew przedewszystkiem na to zważać, żeby rozpoczynać go i kończyć nie w samych kątach rany — na co zwracają uwagę — ale jeszcze w ścianie nieprzeciętéj. Wykazały bowiem doświadczenia na psach, jako i na chorych zdobyte [2]), że najłatwiéj właśnie kąt rany po wypełnieniu pęcherza ze szwu się wysuwa i tędy mocz zaczyna wypływać do jamy otrzewnowéj. Wreszcie i na to zwracam uwagę razem z Vincentem, żeby przy szwie drugiego rzędu (szew Lemberta) nie zachwytywać tylko błony surowiczéj, ale zarazem i całą, lub przynajmniéj część warstwy mięśniowéj (*muscularis*). Vincent opisuje to jako swoje postępowanie. O ile mnie się zdaje, Czerny przy szwie jelitowym zawsze tak szew Lemberta rozumiał, ja przynajmniéj nigdy go inaczéj nie zakładałem, a uważałem tylko na to, żeby nie przekłuć błony śluzowéj. Przy szwie pęcherzowym jest to jeszcze rzeczą ważniejszą, żeby zająć *muscularis* w szew, bo błona surowicza pokrywająca pęcherz jest łatwo przesuwalna, gdyby więc rząd pierwszy, łączący same brzegi rany puścił, drugi rząd założony tylko przez błonę surowiczą nie zdołałby ich obok siebie szczelnie utrzymać w skutek przesuwalności otrzewny, a tak mocz z łatwością wniknąłby z pęcherza pod otrzewnę i nastąpiłby naciek moczowy, a do tego zlepione już brzegi otrzewny gotoweby się wtenczas rozlepić. W końcu jeszcze nadmieniam, że oba rzędy szwów zakładam w kierunkach przeciwnych, żeby krzyżując się tém pewniéj zamykały ranę: a więc na ranę przebiegającą z przodu ku tyłowi pierwszy rząd od przodu do tyłu, a drugi przeciwnie rozpoczynam w tyle a kończę na przodzie.

Akt V. Szew ścian brzusznych zakłada się po zapuszczeniu pęcherza w zwykły sposób, nie zakładając wcale sączka.

Leczenie następowe wymaga przedewszystkiem, aby pilną uwagę zwrócić na dobre ułożenie cewnika i jego ciągłą drożność. W pierwszych dniach, i do tego u dzieci — jak w naszym przypadku — gdzie cewnik musi być stosunkowo dość cienki, może się łatwo zdarzyć, że go skrzepy zatkają. Jeśliby się na to nie zwracało pilnéj uwagi, mógłby się pęcherz silnie wypełnić i rana, nawet już zlepiona, pęknąć. Niebezpieczeństwo takie grozi przedewszystkiem w nocy, trzeba więc u chorego zostawić sumienną usługę. Radziłbym cewnika nie wyjmować przed upływem 8—12 dni po operacyi, a i potém jeszcze co 2 godziny mocz wypuszczać przez kilka dni. Może taka nadzwyczajna ostrożność wcale nie jest koniecznie potrzebną i możeby wystarczyło od samego początku co 2 godziny mocz wypuszczać, lub nawet wcale nie zakładać cewnika — wątpliwości rozstrzygnąć może dopiero późniejsze doświadczenie — zawsze jednak należy takie postępowanie uważać za mniéj pewne i poniekąd niebezpieczne i dla tego nie zalecałbym go. Gdyby sposób przezemnie zalecany okazał się w większéj liczbie przypadków pewnym, musiałby korzystnie wpłynąć na całą chirurgiję pęcherza moczowego. Dotychczas co do nowotworów złośliwych pęcherza, choćby do małéj przestrzeni ściany ograniczonych, byliśmy prawie bezsilni co do doszczętnego ich wycięcia. Moglibyśmy tylko warstwy wewnętrzne ścian pęcherza wyskrobać i to głównie samą błonę śluzową, co wcale nie mogło

---

[1]) Reichel. *Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Darmnaht. Dt. Z. f. Chir.* 19 tom, 2 i 3 zeszyt. — [2]) N. p. w przypadku Willeta (*Abdominalsection in a case of ruptured bladder. St. Barthol. Hosp. Rep. vol. XII*) właśnie kąty rany przepuszczały mocz; również w p zypadku Heatha (*On the diagnosis and treatment of rupture bladder (Medic.*

zabezpieczyć od powrotów. Czerny[1]) i Antal[2]) wycięli kawałki ściany pęcherza po uprzedniém oddzieleniu otrzewny od warstwy mięśniowéj i po wycięciu zeszyli ranę w pęcherzu. Przypadek Antala gładko się wygoił, w przypadku Czernego zaczął mocz szóstego dnia wypływać przez ranę, a operowany ostatecznie umarł. Czy i w tych przypadkach nie lepiéj otworzyć jamę otrzewnową i wyciąć nowotwór z całą podstawą, a więc i otrzewnę, o tém rozstrzygnąć może dopiero późniejsze doświadczenie. Tyle jest pewném, że postępowanie takie zabezpieczyłoby pewniéj od powrotów, a sądzę, żeby nie było niebezpieczniejsze. Przeciwnie spodziewać się można, że byle się nie wycięło za wielkich części ścian pęcherza, to szew zajmujący zarazem i otrzewnę powinien pewniéj trzymać, niż szew warstwy mięśniowéj i błony śluzowéj. Zresztą nie trzeba zapomnieć, że nie zawsze uda się oddzielić otrzewnę bez obrażenia od warstwy mięśniowéj, zajętéj nowotworem złośliwym. Rozległe wycięcie ścian pęcherza, dokonane wobec nowotworu złośliwego w ostatnim czasie przez Sonnenburga[3]), nie ma nic wspólnego z naszym sposobem, którego możnaby tylko użyć wobec guzów, zajmujących małą, ściśle ograniczoną przestrzeń, jednak dowodzi, jak wielkie zabiegi pęcherz ludzki jest w stanie znieść. W obec dobrych cystoskopów (Nitzego), jakie w ostatnim czasie sporządzono, możemy się spodziewać, że rozpoznanie nowotworów pęcherza uda się w rychlejszym okresie, niż to dotychczas bywało, coby dozwalało myśleć wtenczas o skutecznéj pomocy chirurgicznéj. Nasze cięcie, dające się przedłużyć według potrzeby, ułatwia rozpatrzenie się w jamie pęcherza i wykonanie wszelkich zabiegów, n. p. i na przerośniętym średnim płacie gruczołu krokowego.

Największy i najwybitniejszy wpływ atoli powinna moja praca wywrzeć na sposób postępowania wobec ran pęcherza wewnątrz-otrzewnowych. Razem z dotychczasowém doświadczeniem powinna usunąć wszelkie wątpliwości i stanowczo rozstrzygnąć, że wobec ran pęcharza w części pokrytéj otrzewną, należy w każdym przypadku jak najspieszniéj otworzyć jamę brzuszną i złączyć szwem brzegi rany wewnątrzotrzewnowéj. Nawet w tych przypadkach, gdzie tylko *mucosa* i *muscularis* zostały uszkodzone, a pokrywająca otrzewna nietknięta, zachodzi pytanie, czy nie otworzyć jamy brzusznéj, przeciąć uniesioną przez naciekły mocz otrzewnę i po oczyszczeniu jamy dopiero dokładnie zeszyć całą ranę. Takiém postępowaniem możnaby się spodziewać pewniéj zapobiedz naciekowi moczu w tkankę łączną miednicy, niż dotychczas używaném. W każdym razie otworzyłbym w wątpliwych przypadkach wcześnie jamę otrzewnową, nie czekając aż objawy zapalenia otrzewny wskażą pewne rozpoznanie, jak w przypadku Sonnenburga (l. c.), gdzie spóźnienie operacyi z pewnością było przyczyną śmierci chorego.

Rozstrzygnięcie wszystkich tych zagadnień będzie dopiero możliwe po dalszém doświadczeniu na ludziach. Dla tego téż już teraz podałem moje myśli, gdyż materyjał naszéj kliniki pod względem chorób pęcherzowych nie jest zbyt obfity. Jeżeli doświadczenie na ludziach zdobyte okaże względną pewność mojego postępowania, natenczas — jak już wspomniałem — może ono mieć wielki korzystny wpływ na całą chirurgiję pęcherza moczowego; jeżliby przeciwnie miało się przeciw mojemu oczekiwaniu okazać niebezpieczném, natenczas pierwszy gotów jestem je opuścić; nigdy jednak nie pozostanie bez wpływu na leczenie ran pęcherza wewnątrzotrzewnowych. Nie podaję opisu naszych licznych doświadczeń na psach, ani zapuszczam się w szczegółowy rozbiór rozmaitych zagadnień mniéj ważnych, ale ciekawych, zostawiając to sobie na późniéj, kiedy w obszerniéjszéj pracy do tego przedmiotu wrócę, tu tylko dołączam jeszcze na zakończenie krótki opis naszego przypadku:

Wrześniak Ign., l. 13, pochodzi z familii zdrowej, w któréj na kamienie moczowe nikt nie cierpiał. Przed 7-miu laty przechodził zapalenie płuc i wtenczas po raz pierwszy doznawał utrudnienia w oddawaniu moczu, które jednak przy właściwém leczeniu równocześnie z zapaleniem płuc ustąpiło. Obecna choroba rozpoczęła się w kwietniu 1887. Chory doznawał od czasu do czasu zatrzymania moczu, a przyczyną tego były kamyczki wielkości grochu. Strumień moczu doznawał częstokroć przerwy, w moczu pokazywała się czasami krew. Przytem miał chory częste parcie na mocz i bóle rozciągające się od okolicy spojenia łonowego do końca członka, międzykrocza i jąder.

Status praesens 23. XI. 1887. Chłopiec dobrze zbudowany i odżywiony, trochę blady; w sercu, płucach, wątrobie, śledzionie i przewodzie pokarmowym nie ma zmian. Napletek i żołądź nieco obrzękłe, z powodu zadrażnienia, które wywołał przed kilku dniami przechodzący przez cewkę kamień. Mocz alkaliczny, cuchnący, mętny, zawiera liczne strzępy. Badanie mikroskopowe wykazuje w nim liczne ciałka ropne, skąpo ciałek czerwonych krwi i znaczną ilość kryształków fosforanu magnowo amonowego. Badanie sondą wykazuje w pęcherzu kamień wypełniający prawie cały pęcherz, wielkości kurzego jaja, w dotknięciu miękki. Ciepłota w pierwszych dniach waha się pomiędzy 37 a 37·5° C, tętno 104. W celu przygotowania chorego do operacyi przestrzykiwano pęcherz rozczynem kwasu salicylowego, tudzież podawano wewnętrznie z początku Sol. Kali chlorici (5 : 200), późniéj Acid. benzoic. 1,0 dziennie. Pomimo téj terapii mocz pozostał mętnym i alkalicznym. Drugiego grudnia wieczorem podniosła się ciepłota nagle na 40,5° C, przytem wystąpiły wymioty, ból głowy i silny ból w okolicy lewéj nerki. Podano choremu chinin, jednakowoż ciepłota nie opadła, i wieczorem przed operacyją wynosiła 38·8° C.

Operacyję wykonano 5 grudnia 1887 wyżéj opisanym sposobem. Cewnik Nr. 9 przyszyto po operacyi do napletka, gdyż sposobu zwykle używanego, przywiązania cewnika do rowka zażołędnego, z powodu *phimosis* nie można było użyć. Przez cewnik komornem pozostawiony odpływał przez pierwsze dwa dni mocz trochę krwawy i mętny, zmięszany z piaskiem, do naczynia karbolem wypełnionego; kilka razy musiano cewnik wyjmować, gdyż został przez strzępy krwi, piasek i śluz zatkany. Zresztą cewnik nie sprawiał choremu znacznych dolegliwości, powstała tylko lekka *urethritis* z odpływem śluzowo-ropnym. Ciepłota zaraz po operacyi prawidłowa (wieczorem 37·2° C), tętno 104, stan ogólny dobry.

Pierwszy raz zmieniono opatrunek 12 grudnia. Rana okazała się przez rychłozrost zagojoną, tylko w kilku kanałach szwowych lekkie ropienie. Tegoż dnia wyjęto cewnik i zakładano go choremu przez następne 3 dni co 2—4 godziny, potem chory sam mocz oddawał; taki stan trwał przez tydzień, mocz był już jasny i niezawierał ani śladu krwi. Dnia 22. XII. podniosła się ciepłota nagle do 38°C, a 23. XII. do 40·2°C. Przytem chory miał ból głowy, wymioty i silny ból w okolicy lewéj nerki, który się rozprzestrzeniał wzdłuż moczowodów do pęcherza. Przez czas napadu chory bardzo mało moczu oddawał. Takie napady powtórzyły się dotąd 5 razy, trwały po 3—7 dni i ustawały zawsze po wydzieleniu się jednego lub więcéj kamyków, z których niektóre miały kształt osełek z zaostrzonemi końcami.

Mocz po każdym takim napadzie był mętny i zawierał liczne strzępki, tudzież ciałka ropne. Obecnie ma się chory zupełnie dobrze i zaczyna znowu wstawać, dostaje stosowną dyjetę i znaczną ilość napojów. Trzeba jeszcze wspomnieć, że kilka razy się zdarzyło, że kamyczek taki utkwił w cewce moczowéj i musiał być przez lekki ucisk lub za pomocą kleszczyków wydalony.

chir. Trans. vol. 62) dolny kąt się otworzył. — [1]) Ebenau *Zur Chirurgie der Harnblase. Dt. med. Woch.* 1885 Nr. 27 i 28. — [2]) Antal: *Extraperitoneale partielle Resection der Harnblase wegen Carcinom. C. f. Chir.* 1886 Nr. 36. — [3]) Sonnenburg. *Zur partiellen Resection der Harnblase wegen eines Tumors. Verhandl der Dt. Gesell. f. Chir. XIV Congr.* 1885.

II. Przyczynek do rozpoznania wysięków prawostronnych opłucny.

Podał

Dr. Władysław Biegański,

lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.).

Drugie przypuszczenie, już więcéj prawdopodobne, zrobił Rosenbach, mianowicie, że wysięk w jamie opłucnowéj z prawéj

strony umiejscowia się przedewszystkiém w przestrzeni opłucny, zawartéj pomiędzy wnęką płuc u góry, płucami z prawéj strony i sercem z lewéj. Na pierwszy rzut oka jest to wielce prawdopodobném i gołosłownie krytykować tego nie można. Dla przekonania się o tém, dokonałem całego szeregu doświadczeń na trupach. Do doświadczeń wybierałem trupy bez zmian w płucach, głównie prawego płuca. U takich trupów pomiędzy 2ie i 3cie żebro wkłuwałem dość gruby trójgraniec, po wyjęciu ostrza rurkę natychmiast łączyłem z rurką gumową irygatora, unikając o ile możności dopuszczenia powietrza. Potém odrazu puszczałem ze znacznéj wysokości silny strumień wody z irygatora, starając się równocześnie przez poruszanie rurki wydostać się z tkanki płucnéj do jamy opłucnéj. Mocny strumień wody, odpychający ze znacznem ciśnieniem tkankę płucną, oraz ruchy rurki trójgrańcowéj zwykle były dostateczne dla przedostania się rurki między płuca a klatkę piersiową, co poznawałem po swobodnych ruchach końca rurki. Wtedy ze znacznem ciśnieniem wpuszczałem wodę do jamy opłucnéj, równocześnie ciągle opukując klatkę piersiową. Takich doświadczeń zrobiłem 9. Z tych pięć niestety do niczego nie prowadziło, gdyż istniały zrosty opłucnéj nieprzewidziane. Z czterech zaś można było wysnuć następujące wnioski: przy wlewaniu ½—1 litra cieczy stłumienie występowało w dole z tyłu, dopiero przy wlaniu więcéj niż jednego litra cieczy stłumienie znajdowałem z przodu na 6ém żebrze i to mianowicie przy położeniu trupa wpół siedzącém. W każdym jednak razie, jeżeli nie było zrostów opłucny, nie następowało nawet przy znacznéj ilości cieczy nagromadzenie płynu między sercem i płucem, a tém samém nie występowało odpowiednie stłumienie odgłosu. W jednym tylko przypadku takie umiejscowienie cieczy miało miejsce mianowicie, jeżeli trupa kładłem na lewy bok, wtedy płyn gromadził się około kręgosłupa i serca i wywoływał odpowiednie stępienie odgłosu opukowego.

Doświadczenia powyżéj opisane nie mogą jednak mieć stanowczego znaczenia. Najpierw bowiem upodobniając zjawisko życiowe wyrażają tylko jednę stronę fizyczną z pominięciem zupełném warunków, jakie sprawia wpływ żywych tkanek, samego aktu oddechania na ciecz, zawartą w opłucny. Słusznie więc w pewnym stopniu zarzucić można, że inaczéj wysięk rozmieszcza się w żywym organizmie a inaczéj w doświadczeniach na trupach. Powtóre pomimo wszystkich ostrożności zawsze jednak pewna ilość powietrza dostaje się do jamy opłucnéj, jużto przez rurkę trójgrańcową, jużto przez ranę płuc, zrobioną przez wkłucie trójgrańcem w klatkę piersiową. Obecność zaś powietrza zmienia znacznie warunki rozmieszczenia płynu. Tym sposobem doświadczeń moich nic mogę uważać za stanowcze. Należy więc innym sposobem sprawdzić słuszność przypuszczenia Rosenbacha. Jeżeli rzeczywiście objaw opisywany zależnym jest od nagromadzenia cieczy w przestrzeni między płucem i sercem, to w braku wszelkich zrostów przy zmianie położenia chorego na prawy bok, wysięk na zasadzie prawa ciężkości powinien spłynąć ztamtąd w okolicę pachową. Łatwo więc przekonać się o tém przez odpowiednie zmiany położenia chorych. Tymczasem i tu powstaje pewna trudność, opukiwanie bowiem chorego w powyżéj opisaném położeniu nie daje w tym razie pewnych rezultatów, gdyż, jak wiadomo, przy takiém położeniu następuje przemieszczenie serca, dające odpowiednie stępienie odgłosu opukowego po prawéj stronie mostka. Byłabyto trudność niezaprzeczalnie niezwalczona, gdyby nie było wiadomém, że ruchomość wysięków w jamie opłucnéj jest ograniczoną. Potrzeba pewnego dość znacznego przeciągu czasu, nim wysięk zupełnie zmieni miejsce stósownie do położenia chorego, nim pewna uciśnięta część płuc odpowiednio się rozszerzy a inna w zamian skurczy się. Inaczéj bowiem nie opukiwalibyśmy tych rozmaitych linij górnéj granicy wysięków, znanych pod rozmaitemi nazwami linij Démoiseaua, Ellisa itp. a niezaprzeczenie zależnych od położenia, w jakiém chory najczęściéj przebywa. Totéż korzystając z owéj ograniczonéj ruchomości cieczy, możemy doświadczalnie na chorych sprawdzić sposobem powyżéj opisanym zdanie Rosenbacha. Dla tego pozostawiałem umyślnie chorych w położeniu na prawym boku przez kilka godzin, niekiedy noc całą lub też umieszczałem chorego na łóżku, którego lewa strona wypadała na ścianę, prawa zaś na salę szpitalną oraz na stolik, tym sposobem przez cały czas chory przeważnie przebywał w położeniu na prawym boku. Po takiém mniéj lub więcéj długiém leżeniu na boku chory był badany w położeniu na wznak i stanowczo żadnych zmian w opisywanym objawie nie znajdowałem. Przeciwnie przy leżeniu na lewym boku opukiwanie dawało pewne, choć zresztą nieznaczne zmniejszenie znajdowanego wymiaru poprzecznego serca. Odpowiadało to przemieszczeniu odpowiedniemu sercu na lewo. Tymczasem gdyby stłumienie odgłosu miało zależeć od zebranéj cieczy, to w położeniu na lewym boku rozmiary stłumienia powinny się zwiększyć, gdyż w tym razie następuje przypływ wysięku w okolicę serca, jako najniżéj leżącą. Wszystkie te i tym podobne próby przekonały mnie, że objaw opisywany wcale nie zmienia się przy zmianie położenia, coby koniecznie musiało mieć miejsce, gdyby opisywane stłumienie zależało od zebrania płynu w okolicy serca. A zatém niezmienność objawu przy zmianie położenia przemawia przeciwko zdaniu Rosenbacha lub przynajmniéj czyni je mało prawdopodobném.

Jak więc właściwie należy objaśnić sobie powstawanie tego tak stałego objawu? Tutaj musimy chyba udać się o pomoc do anatomii i do opisu topograficznego położenia płuc i serca. Prawą granicę stłumienia serca, jak wiadomo, stanowi brzeg średniego płatu prawego płuca. Brzeg ten przylegający, właściwie pokrywający częściowo serce, poczyna się od miejsca przyczepienia chrząstki czwartego prawego żebra do mostka, gdzie dość głęboką bruzdą oddziela się od górnego płatu i idąc nieco ukośnie ku dołowi pod mostkiem kończy się pod chrząstką 6go żebra u bruzdy, oddzielającéj płat dolny od średniego. Brzeg ten w większéj swéj części leży pod mostkiem nieco na lewo od linii środkowéj tegoż. Cały zaś płat ma postać trójkąta, którego podstawę stanowi brzeg powyżéj opisany, bokami są bruzdy górna i dolna a wierzchołek leży nieco ku tyłowi od linii pachowéj mniéj lub więcéj odpowiadając piątemu żebru i brzegowi zewnętrznemu łopatki. Dolna bruzda jest znacznie głębszą od górnéj, szczególniéj w końcowéj swéj części. Cały brzeg zwrócony ku sercu jest bardzo cieńki, gdyż pokrywa na znacznéj przestrzeni serce i mało ruchomy. O ruchomości jego przekonać się można, opukując brzeg ten podczas najgłębszego wdechu i wydechu. Otóż różnica, w opukiwaniu dla innych brzegów płuc znaczna, w tym razie jest wcale niewidoczna. Brzeg ten nietylko jest mało ruchomy, lecz łatwo daje się ucisnąć. Dość jest opukiwać w położeniu leżącém na prawym boku, żeby przekonać się, o ile przemieszczenie serca na prawo, następujące w tém położeniu, jest w stanie ucisnąć i odsunąć powyższy brzeg średniego płatu. Stłumienie bowiem serca jest widoczném wtedy na 3cm. na

prawo od prawego brzegu mostka. U osób osłabionych przy powierzchownem oddychaniu zmiana ta w opukiwaniu pozostaje przez dłuższy czas nawet przy zmianie położenia bocznego na położenie na wznak.

Wszystko to przekonywa nas o małéj ruchomości i o łatwéj uciskalności średniego płatu, głównie zaś jego brzegu zewnętrznego. To spostrzeżenie wtedy dopiero zyskuje na znaczeniu, jeżeli przypomnimy sobie sposób, w jaki powstaje ściąganie a właściwie tak zwany ucisk płuc przez wysięki. Doświadczenia Leydena przekonały, że ciśnienie bardzo znacznych wysięków opłucny jest niewielkie, nie przechodzi nigdy 30mm. rtęci. W obec tego skurczenia płuc, jakie znajdujemy przy zapaleniu opłucny, bodaj czy można je objaśnić samém ciśnieniem wysięku. Widocznie gra tu rolę nietyle ucisk (akt bierny), ile kurczenie, zapadanie się płuc (akt czynny). Widocznie, że nie ciśnienie wysięku, zwykle nieznaczne a przy małych wysiękach minimalne, uciska płuco i wypędza z pęcherzyków powietrze, lecz wprost samo płuco w skutek ograniczonéj, prawie zniesionéj czynności zapada się. Wiadomo bowiem, że przy braku odnawiania powietrza pewna ilość tegoż pozostająca stale w płucach ulega wessaniu i pęcherzyki płucne w tém miejscu zapadają się. Za przykład może służyć zapadanie się pewnych zrazików płuc przy zatkaniu czopkiem śluzowym odpowiedniego oskrzela. Powyższe okoliczności tłumaczą nam możność zapadania się czynnego płuc przy zapaleniu opłucny i istnieniu wysięków w téj ostatniéj. W skutek zapalenia téj błony oraz pewnéj ilości wysięku, zawartego w jamie opłucny, ruchomość płuca zmniejsza się dotychczas, dopóki płuco na objętość nie zajmie miejsca, odpowiadającego sprężystości téj tkanki. Odtąd czynność płuca jest zniesioną, cała ilość powietrza nieodnawianego ulega wessaniu i płuco wciąż zapada się. Jest jednak pewną rzeczą, że nie wszystkie części płuc jednakowo i w jednym czasie ulegają zmianom, zależnym od zmniejszonéj lub też zniesionéj czynności. Te części, które przy zwykłym akcie oddychania najwięcéj się rozszerzają, jeszcze czas długi nawet przy zmniejszonéj czynności będą okazywać pewną działalność, przeciwnie zaś mniéj ruchome części prędzéj przy zmniejszonéj czynności, przy zmniejszonéj sile oddychania przestają się rozszerzać i tém samém w skutek wessania zawartego powietrza zaczną się kurczyć.

Do takich właśnie mało ruchomych części należy niezaprzeczalnie średni płat prawego płuca a głównie brzeg zewnętrzny tegoż. To też już bardzo wcześnie przy zapaleniu opłucny brzeg ten zaczyna się kurczyć, zapadać i przez to odkrywać znajdujące się pod nim narządy, mianowicie serce. To nam może objaśnić, dla czego tak wcześnie przy prawostronnych wysiękach opłucny stłumienie serca powiększa się w wymiarze poprzecznym. W miarę wessania wysięku rozszerzanie się zapadniętych płuc postępuje w porządku odwrotnym, najpóźniéj zapadające się t. j., najwięcéj czynne, odcinki płuc rozszerzają się przedewszystkiém, najpóźniéj zaś rozszerza się najwcześniéj zapadający się średni płat prawego płuca. To nam tłumaczy, dla czego objaw opisany, będący najwcześniejszym z objawów zapalenia opłucny, również najdłużéj pozostaje nawet po ustąpieniu wszystkich innych objawów.

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Przyszedłem zatém, jak z powyższych doświadczeń wynika, do zupełnie innych wyników, niż Beloussow. Autor ten, jak wspomniałem, wyprowadza wszystkie zmiany zapalne z ognisk nekrotycznych rozsianych wśród miąższu. Te nekrotyczne ogniska mają powstawać w skutek cholerrhagii. Obrazy, jakie dla nich podaje Beloussow, zgadzają się prawie w zupełności z mojemi, z wyjątkiem tego, że ja nie znajdowałem nigdy oddziaływania zapalnego w ich otoczeniu. Przypuszczenie Beloussowa, jakoby ogniska te zawdzięczały swój początek wynaczynieniu żółci, nie wydaje mi się prawdopodobne. W pierwszych okresach owe ogniska składają się tylko z jednostajnie przemienionych komórek wątrobowych, późniéj pierwoszcze staje się przeźroczystém a kontury komórek tworzą siatkę o oczkach z początku zupełnie umiarowych. Byłoby to niemożebném, gdyby tu był nastąpił wylew żółci, bo ten położenie komórek wątrobowych względem siebie musiałby był zmienić. Siatka ta jest wprawdzie na niektórych miejscach nieumiarową, ale jestto już późniejszy okres całéj téj sprawy. Z większém prawdopodobieństwem można odnieść te ogniska do zaburzeń w krążeniu, jakie bez wątpienia nastąpić muszą w skutek nagle podwyższonego parcia żółci w naczyniach żółciowych włosowatych. Na pewnych miejscach wystąpi tu zapewne zastoina w naczyniach włosowatych krwionośnych, a następstwem tego będą zmiany nekrobiotyczne w dotyczących komórkach wątrobowych. Za tém wprost przemawia ta okoliczność, że w oczkach owéj siatki znajdowałem niekiedy krew wynaczynioną (królik Nr. 20). W tym samym przypadku spotkałem podobne zwyrodnienie komórek wątrobowych naokoło ognisk wybroczynowych. Trudno zresztą wyobrazić sobie wnikanie żółci krążącéj w naczyniach włosowatych do komórek wątrobowych. Przestwory wolne, jakie Beloussow znajdował między jądrem a pierwoszczem komórki wątrobowéj, nie muszą być miejscem, w które wniknęła żółć, bo t. zw. *vacuolae* są zwyczajnym objawem spraw wstecznych. Z doświadczeń Podwysockiego [1]) jakoteż Josepha [2]) wynika, że podobna zmiana komórek wątrobowych jest zwyczajném zjawiskiem po urazach wątroby. Daléj Hanot i Gilbert [3]) zauważyli w dwóch przypadkach cholery podobną zmianę komórek wątrobowych w ogniskach występującą. Autorowie ci nazywają tę przemianę *tuméfaction transparente* i uważają ją za coś specyficznego dla cholery. W obu tych przypadkach nie było żółtaczki i żadnych przeszkód w odpływie żółci. Ta okoliczność z uwagi na znane własności krwi cholerycznéj przemawia także za przyczyną w krążeniu krwionośném w znaczeniu przezemnie przypuszczaném [4]). W ogniskach nekrotycznych Beloussowa nie znajdujemy w pierwszych okre-

[1]) l. c. str. 333. — [2]) cit. podług Podwysockiego. — [3]) *Note sur les altérations histologiques du foie dans le cholera à la periode algide. Archives de physiologie.* 1885, I, str. 301. — [4]) Za wpływem wzajemnym przezemnie przypuszczanym między naczyniami włosowemi żółciowemi a krwionośnemi przemawiają także spostrzeżenia Maragliany. *(Archiv f. klin. Med.* T. 40, Z. I, str. 83).

sach składników żółci, mianowicie barwika. Podobną siatkowatą szklistą przemianę komórek wątrobowych zauważyłem i ja, podobnie jak Podwysocki i Joseph, w eksperymentach moich przy wycinaniu kawałków klinowatych wątroby. Nie wspominałem o nich w powyżéj podanych opisach, bo uważam je za rzecz podrzędną w marskości wątroby. Że żółć jako taka, mianowicie jéj wnikanie do komórek wątrobowych, nie ma żadnego związku z powstawaniem tego zwyrodnienia względnie nekrozy, wynika już i z tego, że zupełnie prawidłowe komórki wątrobowe, wystawione na działanie rozczynu Fleminga, okazują identyczne obrazy z nekrozami Beloussowa[1]. Nastrzykiwanie Beloussowa, któremu miało udać się wprowadzić masę injekcyjną do tych ognisk nekrotycznych przez przewody żółciowe, nie pozwalają na żadne wnioski, bo na strzyknięcie ognisk nekrotycznych, a raczéj wtłoczenie do nich masy injekcyjnéj, może się zapewne udać i drogą inną niż drogą przewodów żółciowych. Z tego jednakże nie można wyprowadzać tak ważnego wniosku jak Beloussow, że mianowicie nie stoją te ogniska nekrotyczne w żadnym związku z naczyniami krwionośnemi. One bynajmniéj w tym związku stać nie muszą, ale przecież pochodzić mogą z zaburzeń w krążeniu (zastoina, zaczopowanie naczyń włosowatych pod wpływem rozszerzonych przewodów żółciowych a zwężonych w skutek tego naczyń włosowatych). Przypuściwszy zresztą tę nie udowodnioną dotąd niczém możebność, że bujanie tkanki łącznéj ma początek swój w ogniskach nekrotycznych, właściwie na ich obwodzie, jak wytłumaczyć sobie systematyczną marskość w wątrobie, która bynajmniéj nie jak to Beloussow twierdzi, jest zupełnie nieregularną, ale przeciwnie jest jednozrazikową, pierścieniowatą, poza- i wśródzrazikową.

Eksperyment mój Nr. 7 dowodzi, że zmiany zapalne występują tu regularnie we wszystkich przestworach międzyzrazikowych, a z tych sprawa zapalna szerzy się wzdłuż rozgałęzień żyły bramnéj, że w 12tym dniu po podwiązaniu przewodu żółciowego zmiany te zapalne nie otoczyły jeszcze całego zrazika (wypustki międzyzrazikowe, tylko na niektórych miejscach łączyły się z sobą). W eksperymencie Nr. 8 i 11 była marskość już wszędzie pierścieniowatą. Możebność, że z tych ognisk nekrotycznych może powstać tkanka bliznowata, nie da się *a priori* wykluczyć, moje eksperymenta jednak bynajmniéj za tém nie przemawiają. I u królika, który żył 35 dni po operacyi, ogniska te znajdowały się rozproszone bez żadnego ładu wśród miąższu, ale nigdzie nie odkryłem bezpośredniego związku między niemi a głównemi miejscami tworzenia się tkanki łącznéj.

Muszę zatém w zupełności przyłączyć się do zapatrywań Charcota i Gombaulta, że marskość żółciowa występuje najpierw wysepkowato w przestworach międzyzrazikowych (eksp. Nr. 7), że późniéj rozszerzając się z nich staje się pierścieniowatą (eksp. Nr. 8 i 11) i że jest tak wśród- jakotéż okołozrazikową, a w każdym razie jednozrazikową.

Co do zapatrywania Charcota i Gombaulta, że żółciowa postać marskości nie sprowadza nigdy zmniejszenia narządu, to jakkolwiek z moich doświadczeń nie można nic stanowczego powiedzieć, to w każdym razie możebności zmniejszenia narządu po jakimś dłuższym czasie nie można wykluczyć.

[1]) Kawałek zupełnie prawidłowéj wątroby z królika lub ludzkiéj wielkości 1cm. konserwowany przez 2 dni w rozczynie Fleminga a 1 dzień w wyskoku okazuje w częściach środkowych na komórkach wątrobowych zmiany, które się niczém nie różnią od opisanych powyżéj przezemnie i Beloussowa jako ogniska nekrotyczne.

Liczne ogniska zwyrodnienia szklistego i nekrozy przemawiają za możebném zmniejszeniem organu po jakimś czasie.

Jako dodatek do mojéj eksperymentalnéj marskości żółciowéj niechaj posłużą następujące przypadki sekcyjonowane w tutejszym zakładzie.

Przypadek pierwszy. Franciszek Chalupecky, lat 50, stolarz. Rozpoznanie kliniczne: *Tumor hepatis lobi sinistri (carcinoma), ascites, oedema extr. inf., thrombosis venae cruralis dextrae, icterus, prurigo, furunculosis, periostitis costarum, haemorrhoides, cachexia.*

Na podstawie sekcyi wykonanéj dnia 17 kwietnia 1886 (Obrzut) rozpoznanie anatomiczne brzmiało: *Carcinoma ductuum hepaticorum progrediens ad ligamentum hepato-duodenale cum stenosi ductuum et dilatatione enormi in hepate, cirrhosis biliaris, pleuritis serofibrinosa dextra et pericarditis fibrinosa recens, periostitis costarum, furunculosis, hydrops ascites et hydrops anasarca, icterus.*

Co do wątroby zanotowano w protokóle sekcyjnym: Lewy przewód żółciowy w miejscu gdzie wchodzi do wątroby, znacznie zwężony, przepuszcza zaledwie cienką sondę. W miejscu zwężenia znajdujemy w ścianach przewodu naciek dosyć miękki, przechodzący do miąższu w wątrobie na $1^1/_2$ cm. a na 2cm. ciągnący się wzdłuż przewodu. Nad miejscem zwężenia przewody drugorzędne workowato niekiedy aż do 2cm. rozszerzone. Ściany rozszerzonych przewodów są gładkie, cienkie a przez nie prześwieca miąższ wątrobowy. Przewód wątrobowy strony prawéj zupełnie zamknięty w skutek nacieku w jego ścianach, naciek ten jest nieco zbitszy niż w przewodzie lewym i łączy się z przewodem nacieklym strony lewéj w więzadle wątrobowo-dwunastnicowém, które także jest rakowo przemienione. I w prawym płacie przewody żółciowe śródwątrobowe są nadmiernie porozszerzane. Wątroba sama jest nieznacznie zwiększona, z pod powierzchni gdzieniegdzie drobnoziarnistéj przeświecają guzki wielkości grochu i mniejsze, wypełnione cieczą blado-żółtawą. Odpowiadają one rozszerzonym przewodom żółciowym. Zbitość wątroby znacznie zwiększona, barwy miejscami jasnéj, miejscami brunatno-zielonawéj. Śledziona znacznie zwiększona, miąższ jéj zbity, barwa ciemno-wiśniowa.

Badanie mikroskopowe wykazało: Przecięcia, poprowadzone przez pierwsze rozgałęzienie przewodów żółciowych, ukazują ogromne ich rozszerzenie, ściany ich co do grubości kilkakrotnie przewyższają prawidłowe, składają się z zbitéj tkanki modzelowatéj i spływają bez żadnéj granicy ze znacznie także zgrubiałemi ścianami naczyń krwionośnych. Około tych ostatnich, częściéj niż około przewodów, spotykamy nacieki drobnokomórkowe. Przybłonki gdzie przy sporządzaniu preparatu nie wypadły, okazują się bez żadnéj zmiany. Te modzelowate pierwsze przestwory żylne są dosyć ostro od otaczającego miąższu odgraniczone. Na tym ostatnim spostrzegamy wszystkie objawy ucisku. Beleczki komórek wątrobowych przebiegają kolisto resp. łukowato około ścian zgrubiałych przewodów, są znacznie zcieńczałe, gdzieniegdzie zupełnie zanikły a zastąpione zostały tkanką łączną. Naczynia włosowate w miarę zaniku beleczek przemieniają się w coraz silniejsze paski łącznotkankowe, które łączą się z zgrubiałą ścianą przewodu. Zmiany te jednak ograniczają się do najbliższych części miąższu. Im więcéj oddalamy się od wnęki wątroby w głąb miąższu, tém więcéj znikają objawy rozszerzenia przewodów i ucisku na przyległy miąższ, a następują obrazy znane z różnych postaci marskości. Ostra dotąd granica między zgrubiałą tkanką okołożylną a miąższem

coraz więcéj zanika. Na obwodzie tak zmienionych przestworów spotykamy coraz liczniejsze wypustki do otaczającego miąższu. Właściwe zmiany marskości spotykamy dopiero w samym miąższu, a możemy je nazwać rozlanemi. Mianowicie spotykamy tu wśród miąższu sieć łącznotkankową dosyć gęstą, bo przebiegającą wśród większéj liczby naczyń włosowatych. Punkty węzłowe téj sieci grubieją na licznych miejscach w znaczniejsze ogniska łącznotkankowe, mające tém samém postać gwiazdkowatą. Wielkość ich jednak jest w ogólności nieznaczną, odpowiada tylko kilku do kilkunastu komórkom wątrobowym zastępując takowe. Przestwory międzyzrazikowe na przecięciach poprzecznych przedstawiają się jako trójkąty lub wrzeciona. Kąty tych trójkątów, resp. końce wrzecion, tylko gdzieniegdzie łączą się z sąsiedniemi, otaczając tym sposobem pewną część obwodu zrazików. Przestwory te są znacznie szersze niż prawidłowe, a głównym ich składnikiem są pseudokanaliki umieszczone w tkance granulacyjnéj, z nielicznemi tylko komórkami wrzecionowatemi. Przestwory te względnie szerokie a o tępych wypustkach, komunikują wszędzie z ową siatką śródzrazikową. Wiązki téj siatki grubieją tylko nieco w punktach zetknięcia się w przestworze międzyzrazikowym. W tych głównych ogniskach łącznotkankowych znajdują się liczne komórki wątrobowe, pojedynczo lub w małych grupach i komunikują z pseudokanalikami. I tutaj widać z całą dokładnością, że tak się wyrażę, rozpuszczanie się komórek wątrobowych w pseudokanaliki. Owa siatka łącznotkankowa śródzrazikowa, grubiejąc na pewnych miejscach, oddziela dłuższy lub krótszy kawałek beleczki wątrobowéj i stanowi dla niéj rodzaj pochewki ze wszystkich stron zamkniętéj lub komunikującéj z innemi beleczkami, lub wreszcie taki alveolus z komórkami wątrobowemi przechodzi zwolna w pseudokanalik. Sprawa powstawania tych ostatnich jest tu zupełnie ta sama, jaką opisałem przy marskości przerostowéj, a wszędzie możemy ją zauważyć, gdziekolwiek styka się większe ognisko łącznotkankowe z miąższem, czy to na obwodzie zrazików, czy téż wśród tychże. Jak na zachowanych jeszcze beleczkach wątrobowych tak i na odsznurowanych grupach komórek wątrobowych zauważyć często można rozszerzone naczynia włosowate i wypełnione krystalicznym barwikiem. Komórki wątrobowe są w ogólności wielkości i konturów prawidłowych, zawierają znaczną ilość barwika drobnoziarnistego, większe zaś bryłki barwika znajdują się poza ich pierwoszczem, mianowicie w przestworach włosowatych. Niektóre tylko komórki w środkowych częściach zrazików okazują początki zaniku barwikowego. Wśród jąder przybłonkowych składających pseudokanaliki zwykle ani śladu barwika nie znajdujemy. Ściany żyłki środkowéj są zgrubiałe a łączą się z siatką łącznotkankową śródzrazikową.

Przypadek drugi. Proušek Jan, lat 70, wieśniak. Rozpoznanie kliniczne (klinika prof. Eiselta) brzmiało: *Carcinoma ductus choledochi, icterus, marasmus.* Rozpoznanie anatomiczne: *Adeno-carcinoma valvulae Vateri progrediens ad ductum choledochum cum stenosi, dilatatio enormis ductus choledochi, hepaticorum et cystici, cirrhosis biliaris hepatis cum ictero, ascites levis, pericarditis serofibrinosa, tumor lienis chronicus, pachymeningitis chronica.* (20/11 1886 Obrzut).

W błonie śluzowéj dwunastnicy w miejscu wejścia przewodu żółciowego znajdujemy fałd stanowiący zastawkę blisko 3mm. zgrubiały a naciekły tkanką białawą miejscami zbitszą. Błona śluzowa pokrywająca ten fałd jest niezmieniona, blada. Ujście *ductus choledochi* przepuszcza zaledwie cienką sondę a zaraz za ujściem przewodu żółciowego, jakotéż wątrobowego i pęcherzykowego, są zawsze rozszerzone a przepełnione bladozielonawą lepką żółcią. Szczególnie woreczek żółciowy jest znacznie rozszerzony a ściany jego zgrubiałe. Wątroba znacznie zwiększona (2625gr.), powierzchnia jéj gładka, torebka napięta, lekko zgrubiała. Na przekroju miąższ barwy żółto zielonawéj, zbity, rysunek zrazików niewyraźny. Między zrazikami tkanka łączna lekko rozszerzona, barwy blado różowawéj. Śledziona zwiększona (7—11—4cm.), miąższ jéj zbity, barwy ciemno-czerwonéj, pulpa skąpa. W jamie brzusznéj około 3 litry żółtawego wysięku. Pod względem badania mikroskopowego przypadek ten jest prawie identycznym z przypadkiem poprzednim, tylko nowowytworzona tkanka łączna w przestworach międzyzrazikowych zawiera więcéj komórek limfoidalnych niż w przypadku poprzednim, czyli jest daty młodszéj. Wypustki tkanki łącznéj z przestworów wchodzące między sąsiednie zraziki są podobne jak te, szerokie a krótkie. Własności histologiczne miąższu i nowowytworzonéj tkanki łącznéj i stosunki ich wzajemne do siebie są tutaj te same.

Z przypadków marskości żółciowéj, które w ostatnim roku przyszły do sekcyi w tutejszym zakładzie, wybrałem tylko te 2, bo w tych właśnie znalazłem w wątrobie zmiany, które można tylko odnieść jedynie do zastoju żółci. Inne przedstawiały już powikłania, jak *periangiocholitis suppurativa, cholelithiasis extra — et intrahepatica*, metastazy rakowe itp. W nich wszystkich spotykałem marskość wybitną a zawsze ograniczoną do tkanki łącznéj okołożylnéj.

Oba powyżéj opisane przypadki marskości żółciowéj przypominają pod wielu względami marskość eksperymentalną, brak w nich tylko ognisk nekrotycznych. Różnią się daléj puchliną brzuszną i znaczniejszém zwiększeniem narządu. Musimy jednak uwzględnić, że zmiany, jakie w obu tych przypadkach znalazłem, odpowiadają więcéj królikowi Nr. 7 niż 8 i 11, czyli że marskość jeszcze nie doszła do swego *maximum*. Przypuścić daléj należy, że zastój żółci nie nastąpił nagle, jak to miało miejsce w eksperymentalnéj marskości, a w przypadku drugim zastoina ta nie była nawet zupełną. W tych różnicach marskości eksperymentalnéj a powyższych dwóch przypadków możnaby upatrywać związek przyczynowy owych ognisk nekrotycznych Beloussowa. Brak tylko ognisk w powyższych 2ch przypadkach przemawia znów za tém, że między niemi a marskością żółciową właściwą nie ma żadnego związku przyczynowego. (Dok. nast.)

IV. Z oddziału dla chorób wewnętrznych Dra O. Widmanna we Lwowie.

Przypadek ostrego zatrucia chininem z wysypką wejrzenia płonicowego.

Podał
Dr. Leon Rosenbusch,
Sekundaryjusz tegoż oddziału.

A. S., lat 33 liczący, czeladnik krawiecki, przebywa od kilku tygodni na oddziale wewn. szpitala powszechnego we Lwowie, z powodu zmian gruźliczych w szczytach. Chory dość dobrze odżywiony, nieco niedokrewny. Nad szczytami obydwoma stłumienie; w szczycie prawym po kaszlu drobne rzężenia dźwięczne obok oddechu oskrzelowego. Ciepłota wieczorna waha się pomiędzy 37·8 a 38·4. W nocy miewa obfite poty. Narząd trawienia prawidłowy. W sferze nerwowéj zmian żadnych wykazać nie było można. Chory otrzy-

mywał przez czas trzytygodniowego swego pobytu w szpitalu *Extr. laudani* przeciw kaszlowi i antifebryn w dawce 0·25 3 razy dziennie przeciw gorączce. Dnia 20 b. m. zastosowaliśmy o godz. 3 pop. *chininum sulfur.*, w dawce 1 grama. Zaraz po zażyciu leku wystąpiły dreszcze, szum w uszach, gwałtowny ból głowy, oziębłość i bóle w odnogach, bicie serca, wymioty i osłabienie bardzo znaczne, a twarz i całe ciało zajęło jednostajne żywe zaczerwienienie skóry. W godzinę po podaniu leku badany przezemnie okazuje stan następujący: Chory nie zupełnie przytomny. C. 39·7, tętno 158, słabe, łatwo ugnieść się dające. Twarz i szyja żywo czerwono ubarwiona, źrenice znacznie zwężone, na światło jednak dobrze oddziaływające, język suchy, na końcu silnie zaczerwieniony. Zarówno jak twarz skóra całego ciała przedstawia jednolite szkarlatne zabarwienie, składające się z niezliczonéj ilości drobnych ze sobą zlewających się punkcików niewyniosłych. Wysypka przedstawia wszelkie cechy wysypki płonicowéj i byłoby niepodobném odróżnienie. Podobieństwo o tyle jeszcze bardziéj uderzające, że tak jak w płonicy szyja i uda okazują najżywsze ciemno-czerwone zabarwienie. Na klatce piersiowéj uderza wstrząśnienie rytmiczne w okolicy serca, pochodzące od gwałtownych tegoż ruchów i nasilone oddechy. Tony serca czyste. Choremu podano 2 łyżki olejku rącznikowego, kofeinę i okłady lodowe na głowę i okolicę serca. Dnia następnego: c. 36·5 t. = 108 o dość znacznem napięciu. Chory był w nocy niespokojnym i majaczył. Nad ranem oddał kilka stolców. Wysypka znacznie bledsza, skóra całego ciała dużemi kroplami potu pokryta. Źrenice prawidłowéj szerokości, język zaczerwieniony, silnie żółtym mułem pokryty. W odnogach, szczególnie górnych, lekkie zrywanie i drżenie. Podano bromek sodu. Już po dwóch dniach wysypka i wszelkie objawy powyżéj skreślone ustąpiły a pozostały tylko lekkie złogi barwikowe. Tętno spadło do 80, a ciepłota ciała nie przekraczała 37·8°C.

Mieliśmy niewątpliwie do czynienia z przypadkiem ostrego zatrucia chininem, które według podań chorego wydarza mu się już raz wtóry, przed pięcioma laty bowiem po zażyciu dwóch proszków, które, jak utrzymuje, zawierały po pół grama chininu, miał doznać podobnych przypadów ogólnych i zauważył silną wysypkę, która następnego dnia ustąpiła. Obok innych przypadków zatrucia chininowego zasługuje na uwagę niniejszy ze względu na podniesienie się ciepłoty do 39·7°C., gdy takowa bez leków przeciwgorączkowych nigdy u nas 38·4°C. nie przekraczała, a w ostatnich dniach chory prawie wcale nie gorączkował, jakotéż ze względu na owe podobieństwo wysypki do wysypki płonicowéj, od któréj wyżéj opisanéj odróżniaćby żadną miarą nie można. Wynik ujemny badania gardła i zbyt nagłe powstanie na całéj skórze jednolicie rozlanéj czerwieni stanowi jedyną podstawę do odróżnienia obrazu opisanego od płonicy.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

R. Virchow: O rozpoznaniu raka.

Jakie rozpoznanie jest pewniejsze, anatomiczne czy kliniczne? oto pytanie, które V. czyni na wstępie, a na które po dłuższym wywodzie odpowiada na korzyść rozpoznania anatomicznego. Ono jedynie jest rozstrzygające. Mimo to zdarza się, że anatom rozpoznaje z przedłożonego sobie wycinka nowotwór dobrotliwy, albo tkankę prawidłową, z czasem jednak przekonywa się klinicysta, że tak nie jest. W takim razie powiada V., wina leży po stronie klinicysty; anatom bada tylko, co mu klinicysta do badania daje; klinicysta znowu nie zawsze powinien się na tém zupełnie opierać, powinien sam uwzględniając objawy i wynik badania wyrobić sobie sąd o rzeczy, albo podzielić się w tym kierunku z anatomem, a obydwaj mogą, mimo ujemnego badania drobnowidowego, rozpoznanie jeszcze zmienić. Zresztą powiada V., że musi powtórzyć to, o czém już dawniéj mówił i pisał. Przedewszystkiem trzeba poddać dokładnemu badaniu drobnowidowemu głębsze warstwy nowotworu, albo takie warstwy, z których się domyślamy, że nowotwór wychodzi, szczególnie jeżeli to są nowotwory powierzchownych części ciała. W ten sposób tylko można odróżnić brodawkę zwykłą od raka brodawkowatego, zwykłą kosmkowatą narośl od raka kosmkowatego, które się różnią tylko odmienną budową podstawy. Już w r. 1851 (*Über Combinations- und Übergangsfähigkeit krankhafter Geschwülste*) wypowiedział V. to zdanie; obecnie z większym jeszcze naciskiem je podnosi. Zdarzył mu się już wtedy przypadek włókniaka podoczodołowego operowanego przez Textora, i jako taki przez V. sprawdzonego, w którym przyszło do recydywy, a bardzo dokładne badanie takowéj i preparatu jeszcze z pierwszéj operacyi zachowanego, wykazało budowę nietypową, rakową. Przyznaje wprawdzie V., że od tego czasu nie badał takiego przypadku, ale téż teraz bardzo dokładnie bada każdy nowotwór i to nie w jedném tylko miejscu, lecz na kilku preparatach, bo małe ognisko nietypowe łatwo można przeoczyć, wina niedobrego rozpoznania spada potém na anatoma. To zdanie V. i okoliczność, że rak bardzo często się odnawia, skłoniło wielu chirurgów, że nie chcieli nowotworów złośliwych operować; zajęcie jednak takiego stanowiska uważa V. za stanowczo nieodpowiednie. Przecież według dawnéj już dziś statystyki 9% raka sutka ma się nie powracać. Jestto wprawdzie bardzo mały procent, ale téż trzeba uwzględnić dwie okoliczności: chorzy zgłaszają się późno do operacyi, albo lekarze zawczasu już do operacyi namawiają, ale chorych trzeba długo nakłaniać do poddania się takowéj; powtóre, nigdy chirurgowie dostatecznie nie wycinają tkanki sąsiedniéj. I na tę ostatnią okoliczność, powiada V., zwrócił uwagę już w r. 1851 w swoim archiwie przy sposobności spostrzeganego przypadku, w którym istniał chrzęstniak łopatki, a w którym przyszło do rozległych nawrotów i rozwoju ognisk sąsiadujących. Doświadczenie, jakie nabrał, zmusiło go do rozwinięcia w swojéj „*Cellularpathologie* 1858“ teoryi o „guzach dodatkowych i rozwinięciu się całego nowotworu z tysiącznych małych ognisk“, która nam daje dokładne pojęcie i obraz o szerzeniu się nowotworów złośliwych w sposób odmienny od przerzutów i ognisk rozsianych. Powinno się więc w każdym przypadku jak najwięcéj w zdrowéj tkance operować i jak najwięcéj wycinać.

Omówiwszy w dalszym ciągu anatomiję raka, którą wszyscy patologowie przyjęli, przechodzi V. w końcu do leczenia raka jako takiego, przyznaje, że może się zdarzyć, iż rak sam się wyleczy. Dziać się to może, albo jeżeli zbliznowacieje, to jednak nie przeszkadza, aby w jego otoczeniu ogniska dodatkowe nie bujały daléj, albo, że ulegnie przemianie wstecznéj, zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Zamianę nowotworu złośliwego w dobrotliwy chciał Nussbaum (1883) w ten sposób osiągnąć, że za pomocą termokauteru wypalał głęboką ranę w otoczeniu raka. Kto wie, powiada V., czy wyniki nie byłyby lepsze, gdyby ten sposób częściéj i w wielkiéj liczbie przypadków stosowano. Niestety dodaje V., młodzi szukają teraz leków, za pomocą którychby można raka usunąć, nie zaszkodzi to jednak nic, owszem za-

chęca ich do dalszych poszukiwań, bo musi się przecież w końcu znaleść sposób miejscowego leczenia raka, dopóki jest w zawiązku i dopóki jest tylko miejscowém cierpieniem. (Archiw Virchowa, tom III, zeszyt I, 1888). *H. K.*

Bakteryjologija.

Marchiafawa i Celli: **O zakażeniu zimniczém.**

Podczas gdy doniesienia M. i C. zeszłoroczne nie pozwalały na pewne przypuszczać, że t. z. *„plasmodium malariae“* jest rzeczywiści epasorzytem zimnicy właściwym, to zdaje się to już teraz na podstawie najnowszych ich prac przedłożonych Akademii rzymskiéj nie ulegać żadnéj wątpliwości, tém bardziéj, że oświadczyli się już za nim poważni badacze na polu bakteryjologii, jak Golgi, Sternberg, Osler, a szczególnie znakomity Miecznikow. Znaczenie etyjologiczne plasmodiów opiera się już obecnie na wielu podstawach: zauważono już wyraźniéj i częściéj ruchy ich ameboidowe, poznano już dokładnie ich rozwój, począwszy od ciałek plasmatycznych, pozbawionych barwika, aż do pojedyńczych okresów dzielenia się ich, znany jest już obecnie związek pojedyńczych ich postaci z rozmaitemi okresami i rodzajami zimnicy, zdolano nadto przez wstrzyknięcie krwi zawierającéj jad ten zimniczy wywołać typową zimnicę. Według najnowszych prac M. i C. napotyka się w ciałkach czerwonych krwi osób dotkniętych zimnicą ostrą, złośliwą, w lecie i jesieni się przydarzającą, prawie wyłącznie plasmodia niezawierające barwika, obdarzone żywą ameboidową poruszalnością, podczas gdy w zimnicy wiosennéj i zimowéj napotyka się plasmodia, zawierające barwik i łatwo się dzielące.

Ciekawe spostrzeżenie Golgiego, że powtórzenie się napadu zimniczego pozostaje w ścisłym związku z rozwojem plasmodiów, mianowicie z dzieleniem się, a więc z rozmnożeniem się ich we krwi, potwierdzają M. i C. w zupełności. W kilku przypadkach zimnicy trzeciaczkowéj, czwartaczkowéj i codziennéj, mogli się przekonać, że dzielenie się plasmodiów rozpoczynało się z napadem dreszczów, i utrzymywało się podczas i po nim jeszcze pewien czas. W przerwach wolnych od napadu albo wcale sprawy dzielenia się ich nie widziano, albo tylko bardzo rzadko. Dotychczas sądzono, że plasmodia niszczą ciałka czerwone krwi, pożerając ich hemoglobinę i zamieniając go w barwik czarny. Tymczasem okazuje się, że ciałka czerwone krwi ulegają zniszczeniu, nie dając materyjału do tworzenia się barwika czarnego, jeżeli zawierają plasmodia bezbarwikowe. Często widzieli M. i C. ciałka białe, zawierające w swoim środku plasmodia. Spostrzeżenie to przemawia za zapatrywaniem i doświadczeniami Miecznikowa, który przypuszcza i rozwija teoryję t. z. fagocytyzmu, t. j. że ciałka białe mają zdolność pożerania i niszczenia mikroorganizmów. (*Münchener med. Wochenschr.* 1887 Nr. 48). *H. K.*

Barański (Berlin): **O barwieniu grzybków promienicy.**

Dotychczasowe sposoby barwienia grzybów promienicy nie są, zdaniem B., tak dobre, aby grzybki te można śród innéj tkaniny dokładnie uwydatnić, nie są one też wcale łatwe do wykonania. Sposoby barwienia Weigerta i Israela, szczególnie przez ostatniego zachwalane barwienie za pomocą orceinu, nie nadają się dla praktyka, bo takowe można zastósować tylko przy preparatach stwardniałych. B. zajęty obecnie w zakładzie weterynarskim w Berlinie, mając sposobność często badać grzyb promienicy z wołu, starał się znaleść łatwy sposób barwienia takowych; jako taki znalazł barwienie za pomocą pikrokarminu. Sposób ten nadaje się nietylko do krajanych i stwardniałych preparatów, lecz można go zastosować w każdéj chwili i do nakrywkowych preparatów tak, jak to robimy poszukując prątków w plwocinach. Grzybki promienicy barwią się wtedy żółto, od zwykłego żółtego koloru począwszy aż do barwy pomarańczowéj, niekiedy przyjmują one barwę żółtą siarki. Jeżeli się chce otrzymać preparaty trwałe, kładzie się je do balsamu kanadyjskiego, tak jak się to zwyczajnie robi. B. przypuszcza, że grzybki promienicy z człowieka lub świni tak samo się będą zachowywały w obec pikrokarminu jak promienica z wołu, jedynie w tym kierunku dotychczas przez niego badana. Podobnie zachowują się grzybki napotykane u koni po kastracyi w tworach zapalnych sznurów nasiennych, które Bollinger radził nazwać *botryomyces*, przez Rivoltę zaś zwane *discomyces*. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, 49). *H. K.*

Farmakologija.

Dr. Mosso: **O fizyjologicznem działaniu kokainu.**

Kokain w wielkich dawkach poraża u zwierząt zimnokrwistych rdzeń pacierzowy, podczas gdy obwodowe części nerwów ruchowych i czuciowych jeszcze prawidłowo się zachowują. Przewodnictwo rdzenia pacierzowego jest zniesione a komórki nerwowe, pośredniczące w odruchach, nie funkcyjonują. Tylko w ostatnim okresie zatrucia znacznemi dawkami obniża kokain pobudliwość nerwów motorycznych. Konwulsyje u zwierząt ciepłokrwistych po kokainie występujące nie są zwiększonemi odruchami, albowiem nie zależą od przyczyn zewnętrznych. Kokain pobudza respiracyję i pobudza również w małych dawkach czynność serca u zwierząt zimnokrwistych; po wielkich dawkach kokainu ustaje czynność serca; serce zostaje w stanie skurczu. U zwierząt ciepłokrwistych zwiększa kokain nietylko częstość ale i wielkość skurczów serca. Ta zwiększona częstość skurczów serca nie jest zawisłą od porażenia nerwów błędnych, gdyż takowe nie tracą pobudliwości w obec bodźców elektrycznych, nawet po podaniu bardzo znacznych dawek kokainu. Zmniejsza on przemijająco pobudliwość nerwów błędnych; nie utracają one jednak nawet po zastósowaniu bardzo znacznych dawek swéj pobudliwości. Wielkie dawki nawet nie sprowadzają zwolnienia akcyi serca. Ciśnienie krwi po średnich dawkach podnosi się, po znacznych dawkach obniża się takowe. W naczyniach nie wywołują małe dawki kokainu wybitnéj zmiany, podczas gdy dawki wielkie sprowadzają porażenie naczyń w narządach oddzielonych. Ze wszystkich znanych połączeń kokain najszybciéj i najznaczniéj podnosi temperaturę ciała. Z doświadczeń przedsiębranych na zwierzętach osłabionych w skutek operacyj na nich wykonanych, doszedł autor do przekonania, że kokain jest najlepszym środkiem pobudzającym. Uwzględniwszy dawki średnie, jest on zupełnym antagonistą wodanu chloralowego, który pobudliwość psychicznych i ruchowych ośrodków jako też energiję serca i oddechania obniża i naczynia poraża. Również chloroform i eter są w pewnym kierunku antagonistami kokainu, gdyż znoszą kurcze wywołane kokainem, zmniejszają respiracyję i częstość tętna.

Z licznych doświadczeń na zwierzętach doszedł autor do przekonania, że gdyby się okazała potrzeba leczenia człowieka zatrutego kokainem, trzebaby stósować eter lub chloroform, aby przeszkodzić wystąpieniu tężca mięśni oddechowych. Po usunięciu pierwszego niebezpieczeństwa możnaby podać wodan chloralowy, a wrazie gdyby respiracyja ustawała, wzniecać ją sztucznie.

W zatruciach wodanem chloralowym, makowcem, morfinem i innemi środkami narkotycznemi, wywołującemi obniżenie pobudliwości ośrodków nerwowych, jako też oddechania

i serca, należy podawać kokain. Autor jest tego zdania, że lek ten nietylko w wyżéj wymienionych przypadkach, ale także w przypadkach z objawami porażennemi na tle osłabienia czynności rdzenia pacierzowego, następnie u chorych osłabionych w skutek długiego używania bromku potasowego lub wodanu chloralowego będzie mógł być ze skutkiem stósowanym. Kokain jest przeznaczonym do zastąpienia strychninu we wszystkich jego wskazaniach, albowiem działa tak samo jak strychnin, a nie posiada w tak wysokim stopniu jak ten ostatni zabójczych własności. (*Archiv f. expcriment. Pathol. u. Pharmakol. Band XXIII*). *Dr. Józef Łazarski.*

β. **Siarkan sparteinu** według Masiusa: 1) nie zmniejsza tętna w tętnicach dogłowowych; 2) w średnich dawkach zmniejsza pobudliwość nerwu błędnego, przyspiesza tętno, które po zatamowaniu oddechania staje się mniejszém; 3) dawki większe wywołują porażenie nerwu błędnego, śmierć z uduszenia, przyczém początkowo tętno staje się wydatniejszém ale rzadszém a z czasem coraz częstsze i niewyraźne, w końcu zaś ustaje; 4) parcie krwi spada dopiero na krótki czas przed śmiercią; 5) spartein w warunkach fizyjologicznych nie wpływa wcale na wydzielanie moczu; 6) w stanie nieprawidłowym wpływ sparteinu na serce jest podobnie niepewny jak na czynność nerek i uczucie podmiotowe chorego. (*Deut. Medizinal Ztg.*)

β. **Kokain przy osłabieniu czynności serca.** Da Costa próbował kokainu jako leku skrzepiającego działalność mięśnia sercowego w gorączkach przewlekłych i durzycowych. W kilku przypadkach duru miał on do czynienia z groźném znużeniem mięśnia sercowego; po bezskuteczném używaniu różnych środków wyśmienitym okazał się kokain w ilości 0·15—0·03, dwa razy co godzina. Tętno podniosło się, stało się regularniejszém a stan ten polepszenia utrzymywał się nawet po zaprzestaniu środka powyższego. (*Deut. Medicinal Ztg.*).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Drasche (Wiedeń). **O obrzękach śledziony tętniących. (Gerhardt).**

Z pracy prof. D. okazuje się, że nie Gerhardt był pierwszym, który w *Zeitschrift für klin. Medicin* 1882 opisał przypadek śledziony tętniącéj, spostrzegany u chorego dotkniętego niedomykalnością zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj. Według D. łatwo spostrzegalny ten objaw, miał jeszcze przed przeszło 200 laty opisać Tulpius, lekarz amsterdamski w „*Observationes medicae*“ 1652. Gerhardt tylko był pierwszym, który go na nowo uwzględnił. Wkrótce potém ogłosił G. 2 nowe przypadki podobne; u wszystkich trzech śledziona tętniła podczas napadu zimnicy, wszyscy trzej byli dotknięci niedomykalnością zastawek aorty. W roku zeszłym dodał do nich Prior (*Münchener med. Woch.* 1887. 35 vide Przegl. Lek 1887 Nr. 43) dwa przypadki, spostrzegane u jednego chorego dotkniętego takąż samą wadą zastawek aorty w przebiegu duru, u drugiego wśród zapalenia płuc, mającego jednak tylko przerost serca lewego prawdopodobnie roboczy (*Beschäftigungshypertrophie*), bo innej podstawy wykazać nie można było. Obecnie więc podaje prof. Drasche szósty tego rodzaju przypadek, spostrzegany w praktyce prywatnéj u choréj dotkniętéj także niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty po przebyciu dwukrotnego ostrego zapalenia stawów D. znalazł u choréj oprócz utrzymującéj się bolesności stawów zapalenie płuc po stronie lewéj z gorączką wysoką (40°C) i bardzo silne bicie serca; oprócz zwykłych objawów niedomykalności zastawek aorty tętno było bardzo pełne, ale chybkie, w podżebrzu lewém mógł wymacać śledzionę, która z każdem uderzeniem serca uderzała o palce, tak że z początku myślał o uderzeniu od serca udzieloném. Badanie wykazało, że śledziona miarowo się napełnia i odbrzmiewa, że umiarowo staje się twardszą i miększą. Widoczną było rzeczą, że się narząd krwią napełniał i wypróżniał. Badając tę samą chorą w 12 dni potém ani śladu tego objawu nie spostrzegł.

Z sześciu więc dotychczas w literaturze opisanych przypadków, w pięciu chorzy byli dotknięci wadą w zastawkach półksiężycowatych tętnicy głównéj (niedomykalnością), jeden tylko miał roboczy przerost serca lewego. W pięciu towarzyszył ten objaw chorobom gorączkowym (dur, zapalenie osierdzia, zapalenie płuc) w jednym zakażeniu zimniczemu D. zgadza się na zdanie, że przyczyną jego jest nadmierny przerost lewéj komórki, towarzyszący wzmiankowanéj wadzie i prawdopodobne osłabienie ścian naczyń w przebiegu gorączki. Istotnie też potwierdza się zdanie Gerhardta, że obrzęk śledziony tętniący nie będzie z czasem wielką rzadkością, jeżeli się będzie uwzględniało wymienione stosunki. (*Wiener med. Blätter* 1888. Nr. 1.) *H. K.*

Bartels: **Przypadek niedokrewności złośliwéj postępowéj połączony z żółtaczką.**

B nawięzując do przypadku Georgiego, w którym kamyki żółciowe stały się przyczyną téj ciężkiéj a dotychczas co do jéj przyrody prawie zupełnie nieznanéj choroby (*Berl. Klin. Woch.* 1887. Nr. 44 i 45 Przegl Lek. 1887. Nr. 49) opisuje przypadek dokładnie spostrzegany i stwierdzony sekcyją, w którym towarzyszącym objawem była wybitna żółtaczka. Chory B. cierpiał na żółtaczkę dwa razy. Pierwszy raz wywołał ją nieżytem jelitowym, który podtrzymywał pasorzyt (tasiemiec). Po wydaleniu takowego z ustroju za pomocą naparu korzenia granatowego chory miał się dobrze, w kilka miesięcy późniéj wystąpiła ponownie żółtaczka, która się utrzymywała aż do śmierci. Przebieg więc był nader gwałtowny, rozpad krwi następował bardzo szybko, ciałek krwi wprawdzie nie liczono, ale krew przez zakłucie palca otrzymana okazywała pod drobnowidem wyraźną przewagę liczebną ciałek białych, zmniejszoną ilość ciałek czerwonych i ich różnokształtność. nie układały się one w ruloniki i były znacznie bledsze od prawidłowych. Na dwa tygodnie przed śmiercią wyszła dobrowolnie znaczna ilość członków tasiemca, na tydzień przed nią wystąpił obrzęk odnóg i twarzy. Nie ulega w tym przypadku wątpliwości, że pasorzyt był pośrednią przyczyną śmierci a bezpośrednim szybko postępujący rozkład ciałek czerwonych krwi z powodu nagromadzenia się w niéj kwasów żółciowych i istot jemu pokrewnych. Dla czego w wielu przypadkach żółtaczki nawet długo trwającéj nie przychodzi do niedokrewności złośliwéj postępowéj, nie może i B. odpowiedzieć; spotyka go więc ten sam zarzut, jaki zrobił Ewald Georgiemu w uwagach nad jego artykułem, umieszczonych w wymienionych numerach. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1888. Nr. 3). *H. K.*

Chirurgija.

Bidder: **Prosty przyrząd do leczenia** *genu valgum* **u dzieci.**

B. powiada, że przyrządy dotąd powszechnie w tym celu używane, składające się z szyny lekko łukowato wygiętéj, przymocowanéj jednym końcem do paska około miednicy przebiegającego, a drugim do trzewika, do któréj kolano się przymocowuje i przyciąga, mają następujące wady: 1) nie można ich dobrze do miednicy przymocować, 2) długość szyny nie zmienia się, podczas gdy odnoga rośnie, 3) gdy się kolano silniéj przyciągnie do szyny, powstaje zgięcie w kolanie, co naśladuje wprawdzie poprawę *genu valgum*, lecz

w rzeczywistości działanie przyrządu czyni iluzoryjném, — 4) przyrządy te są kosztowne. Dla tego B. zaleca przyrząd nowy, składający się z dwóch blach, których każda przedstawia połowę rynny (podłużnie przeciętej). Jednę z tych rynien zakłada się na zewnętrzną stronę uda, drugą na podudzie. Blachy te są połączone ze sobą silnym prętem żelaznym, przebiegającym po zewnętrznéj wypukłéj stronie tychże od jednéj do drugiéj. Do tego prętu przymocowuje się kolano. Połączenie rynien z prętem jest ruchome i to w ten sposób, że się rynny mogą zastosować w razie, gdy się kąt utworzony przez udo i podudzie zwiększy: zginanie odnogi w kolanie zaś jest niemożliwe. Przyrząd ten ma jeszcze tę zaletę, że można go przez znaczniejsze lub mniejsze zgięcie rynien zastosować do odnóg cieńszych i grubszych, przytem jest on tańszy od innych. (*Deut. med. Woch.* 1888. Nr. 4.)

Dr. Rościszewski.

Choroby krtani.

Hahn: **O wynikach po wyłuszczeniu krtani.**

Autor wyłuszczał z powodu raka krtań częściowo lub całkowicie 15 razy. Z pomiędzy operowanych uważa za zupełnie wyleczonych dwóch; jednego z nich operował przed 7 laty, liczącego wówczas lat 69, obecnie 76, operowany nosi rurkę, za pomocą któréj może się porozumiewać z otoczeniem, ma się zupełnie dobrze, drugiego operował razem ze Semonem w Londynie; u tego wyciął tylko połowę krtani, zmiany rakowe były nieznaczne; u tamtego były bardzo rozległe. Oprócz tych dwóch przypadków żaden nie przebiegał tak korzystnie; przyczyną tego jest, że chorzy późno się zgłaszają i decydują do operacyi. Jednego chorego operował w ciągu 1½ roku 9 razy. Ciekawą jest rzeczą, że w przypadkach raka krtani przerzuty i zajęcia gruczołów limfatycznych występują pomału i stosunkowo późno, szczególnie w przypadkach raka t. z. *keratodes;* to téż postacie raka każą o wiele lepiéj rokować. W obydwu przypadkach z tak dobrym wynikiem operowanych miał do czynienia z tym rodzajem raka. W przypadkach raka miękkiego, złośliwszego, radzi dla tego nie robić wcale radykalnéj operacyi, lecz tylko tracheotomiję w razie duszenia się chorego. Najmłodszy chory, którego w ostatnich czasach operował, miał lat 36, najstarszy miał 69. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1887, 49). *H. K.*

Choroby kobiece.

St. Szcz. Zaleski (w Dorpacie): **O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego.**

Autor podaje krótki rys doświadczeń dokonanych na zwierzętach, a rezultatem tych licznych doświadczeń rozmaitych autorów jest pewnik, że dobre i posilne pokarmy niewątpliwie mają bardzo dobry wpływ na ilość, koncentracyję i pożywność mleka zwierzęcego, szczególnie na zawartość poszczególnych jego składników, a w pierwszym rzędzie tłuszczu. Spostrzeżenia u mamek dały ten sam rezultat. Autor zaś uważając kwestyję tą za bardzo ważną podaje swoje doświadczenia na jedném indywiduum dokonane. Miał bowiem sposobność badać mleko mamki, karmiącéj 4 mies. dziecko. Dziecko to, mimo formalnego opychania mamki jak najpożywniejszemi pokarmami, źle wyglądało i cierpiało na nieżyt przewodu pokarmowego. Polecił tedy zmienić dyjetę mamki na zwyczajną, piwo zastąpić wodą i dozwalać swobodnego ruchu na świeżém powietrzu. Badając zaś skrupulatnie ilościowo składniki mleka przy dawnéj dyjecie z dowozem wielkiéj ilości białka, a następnie przy dyjecie zmienionéj, cyframi wykazał, że tylko co do ilości tłuszczu zaszła bardzo znaczna zmiana (ilość jego zmniejszyła się), gdy ilości wody, białkanów i innych składników małe bardzo różnice wykazywały, a tylko ilość cukru nieco się zwiększyła. Daléj podaje autor tablicę porównawczą swoich doświadczeń z doświadczeniami innych badaczy jako dowód wpływu pokarmu na skład mleka kobiety. Również przypuszcza, że napoje wyskokowe w ogóle wpływają na polepszenie własności mleka przez przyrost tłuszczu. Wnioski z tych doświadczeń wysnuwa następujące:

1) Mleko kobiety, zanadto obfitujące w tłuszcze, może wpływać szkodliwie na rozwój i odżywienie dziecka.

2) Obficie podawane, przeważnie białkowate pokarmy, zwiększają ilość tłuszczu, a obniżają ilość cukru, bez widocznego wpływu na inne składniki, prawdopodobnie wyskok ten sam wpływ posiada.

3) Przez odpowiednią dyjetę mamki, można osiągnąć w danym przypadku odpowiedni skład mleka dla oseska.

4) Wpływ pożywienia na skład mleka zdaje się być takim samym u ludzi jak u zwierząt.

5) Tłuszcz mleka w dosyć znacznéj prawdopodobnie ilości tworzy się pośrednio lub bezpośrednio z istot białkowatych pokarmu. (*Gazeta Lekarska* 1887, Nr. 44, 45 i 47).

Dr. Harajewicz.

Apostoli: **O leczeniu metritis et endometritis chronica prądem galwanicznym.**

Elektrodę z celuloidu o końcu platynowym wprowadza się do jamy macicy; druga płaska, szeroka elektroda przychodzi na brzuch. Przed użyciem przestrzykuje się macicę i pochwę antiseptycznie, słabszy prąd w zwykłych, mocniejszy w przypadkach powikłanych krwawieniem i dojść można od 100 do 200 *Milliampères*. Dwa do trzech posiedzeń dziesięciominutowych. Po każdém posiedzeniu kilka godzin spokoju. A. miał têm leczeniem osiągnąć szybkie a świetne wyniki. (*Journ. of the Amer. med. assoc.* 1887, p. 524). *Kohn*

P. J. Meyer: **Badania krwi ciężarnych.**

M. badał krew dziesięciu zdrowych kobiet, uczennic akuszeryi w klinice w Bernie i 37 ciężarnych z ostatnich miesięcy ciąży tak pod względem ciałek czerwonych krwi, jak też ilość hemoglobiny. U kobiet zdrowych znalazł średnio 5·75 milijonów czerwonych ciałek krwi w 1 cm. krwi, więc o 0·31 więcéj, niż Ingerslev, hemoglobiny jednak tylko 85·4%, któréj Fleischl 93% wykazał. U ciężarnych na 3 tygodnie przed porodem znalazł średnio: 5·20 milijonów ciałek czerwonych krwi i 77·6% hemoglobiny; czwartego dnia po porodzie 4·62 milijonów ciałek czerwonych krwi i 66·7% hemoglobiny; pietnastego dnia po porodzie 5·10 milijonów czerwonych ciałek krwi i 74·3% hemoglobiny. Ilość zatem czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny jest u ciężarnych zmniejszoną, czyli ciężarne znajdują się w stanie pewnéj swoistéj bladaczki. (*Archiv f. Gynaekol. Bd. XXXI, zeszyt 1*). *Kohn.*

Choroby skórne.

Unna (Hamburg): **O postępach w leczeniu chorób skórnych.**

Winę, że z jednéj strony publiczność nie wierzy w uleczność chorób skórnych, a z drugiéj, że bardzo często lekarze sami tracą nadzieję wyleczenia choroby skórnéj, jeżeli jeden środek obrany, przez wielu wychwalany, zawiódł, przypisuje U. samym lekarzom; trzeba przedewszystkiem chorobę rozpoznać, a lek obrać taki, za którym wszystko przemawia, że w danym przypadku poskutkuje. Często i to jeszcze nie wystarcza, bo od sposobu zastosowania w pierwszym rzędzie zależy dobry wynik. Przeróżne nowe sposoby stosowania leków w chorobach skórnych podał U. w ostatnich

kilku latach. O postępach najnowszych podaje co następuje: wszystkie środki używane w chorobach skórnych można podzielić pod względem chemicznym na 2 grupy: keratolityczne, tj. takie, które warstwę rogową skóry rozpuszczają, do nich należą znany od dawna ług potasowy i mydło szare, i w ostatnich czasach jako taki poznany kwas salicylowy, keratoplastyczne, tj. takie, które obrzmiały i rozrzedzony przyskórek czynią zbitszym i suchszym, do nich zaliczają się, siarka, ichtyol, resorcyna, cukier, oléj lniany. Odrębną grupę stanowią środki, przeważnie mechanicznie działające, używane jako pomocnicze; np. za pomocą rozpylacza stosowane nietylko rozpuszczają tłuszcz na skórze nagromadzony, ale odciągają i wodę tkankom miejscowo (eter, chloroform, benzyna), i w ten sposób działają także chłodząco. Inne sposoby leczenia mechaniczne mają na celu albo usunąć nagromadzoną wydzielinę skóry, albo sztucznie ją na powierzchni skóry nagromadzić. Do téj grupy należą kleiki, muśliny maściowe (*Salbenmulle)* i muśliny plastrowe (*Pflastermulle*).

1. Kleiki dają powłokę, przylepiającą się dokładnie do skóry, wsysającą jéj wydzielinę. Najważniejszym jest kleik cynkowy, można go stosować samodzielnie, np. przeciw lekkiemu wypryskowi lub rumieniowi i to w ten sposób, że się go rozpuszcza w ciepłéj wodzie i za pomocą pędzla rozsmarowuje, a nawet na całą powierzchnię skóry, jeżeli potrzeba, — albo jako środek pomocniczy, np. jako powłokę, przykrywającą ranę, leczoną jakimś środkiem, który dłużéj na niéj znajdować się musi, lub która wywołuje drapanie i swędzenie, np. wyprysk u dzieci, liszajec przyrzutowy, wrzody żylakowe na nogach, — albo jako środek chroniący od drażnienia skóry przez inne środki w sąsiedztwie zastosowane, — albo do pokrywania nieprzyjemnéj woni niektórych środków, np. eteru jodoformowego, nastoju smołowego i t. p.

2. Muśliny maściowe stoją w środku między kleikami a muślinami plastrowemi, są naśladowaniem plastrów Hebry. Mogą być albo z jednéj strony albo z obydwóch powleczone warstwą maści, w któréj skład przeważnie wchodzą tłuszcze (sadło wieprzowe, lanolina, waselina itp). Stosować je należy w świeżych zapaleniach skóry, w których już istnieje naciek w skórze, albo w wyprysku przewlekłym. Autor poleca 4 główne rodzaje muślinów maściowych: cynkowy, cynkowo-ichtyjolowy, ołowiowo-karbolowy, i cynkowy z precypitatem czerwonym. Małe tutki z papieru, obwinięte naokoło muślinem cynkowym, wsunięte do otworów nosowych, leczą dobrze wyprysk w przewodach nosowych dzieci zołzowych itp.

3. Muśliny plastrowe składają się z nieprzepuszczającéj gutaperki, na któréj jednéj powierzchni jest muślin, a na nim rozsmarowany jednostajnie lek, jednak nie ze środkiem jakimś drażniącym (olejkiem terpentynowym) lecz zupełnie obojętnym dla skóry, np. gumą elastyczną lub glinką oczyszczoną. Najlepsze muśliny plastrowe są: rtęciowo-karbolowy na czeraki, ropnie, zanogcice, zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj i bubony, — resorcynowy przeciw trądzikowi, podając przytém wewnętrznie ichtyjol 1·0—2·0 dziennie — salicylowo-kreozotowy przeciw liszajowi żrącemu, — i cynkowo-rtęciowy, bardzo dobry do leczenia kiły, jeżeli chory nie może używać wcierań szarą maścią, a nie znosi pigułek rtęciowych, można mu cały metr muślinu plastrowego cynkowo-rtęciowego przyłożyć na klatkę piersiową. (*Sammlung klin. Vorträge Volkmanna* 1887, Nr. 300). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Prof. Seeligmüller (Halla): **O rozpoznaniu i leczeniu nerwobólów międzyżebrowych.**

Nierzadko zdarza się lekarzowi, że nie może na pewne i stanowczo powiedzieć, czy w danym przypadku ma przed sobą chorego z rzeczywistym nerwobólem międzyżebrowym, czy człowieka udającego tylko tę chorobę dla jakichkolwiek celów. Najczęściéj przychodzą do lekarza robotnicy z większych fabryk, skarżąc się na bóle międzyżebrowe, przypisując ich powstanie jakiemuś urazowi we fabryce poniesionemu i żądają świadectwa lekarskiego; lekarz sumienny jest w takim razie w kłopocie, bo nie może na pewne oznaczyć, czy robotnik doznaje rzeczywiście bólów, na które się skarży, czy nie i czy mu przeszkadzają w zarobkowaniu lub nie. Bardzo często robotnicy symulują. S. sądzi w swojéj pracy, że odkrył pewien objaw, pozwalający nam z większą stanowczością o istniejącym nerwobólu orzec. Ma nim być zachowanie się odruchu brzusznego po téj stronie brzucha, po któréj bóle w okolicy dolnych żeber istnieć mają. Odruchy są stale po téj stronie podwyższone. W dwóch przypadkach urazowego nerwobólu międzyżebrowego mógł się o tém kilkakrotnie przekonać; w jednym z nich przez dwa lata objaw ten się utrzymuje. Drugie ciekawe spostrzeżenie, jakie S. przy téj sposobności podaje, jest, że po stronie urazu źrenica bywa rozszerzona, a więc i po stronie nerwobólu. Już wśród fizyjologicznych warunków można ten sam objaw stwierdzić, jeśli się dziecko małe szczypie, to po stronie uszczypnięcia źrenica się rozszerza. W jednym przypadku uporczywego nerwobólu międzyżebrowego stosował S. z bardzo dobrym skutkiem głębokie wstrzykiwania podskórne 10% kwasu osmowego; ponieważ środek ten jest drogi (1 gram kosztuje 10 marek) i działa prawdopodobnie tak, że zmienia budowę nerwów, radzi go nie stosować w tych nerwobólach, gdzie w nerwie przebiegają włókna ruchowe np. w nerwobólu nerwu kulszowego, i zaczynać od roztworów słabych nie tak drogich (1 na 100 wody). Zgorzelinowego oddzielenia się skóry i tkanki pod nią leżącéj, o czém niektórzy lekarze donoszą, nie zauważył nigdy. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, 45). *H. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II z d. 18 stycznia 1888 r.

Przewodniczący kol. Pieniążek. Członków obecnych 32.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje zawiadomienie Magistratu m. Krakowa w przedmiocie wydawania przez niektórych aptekarzy krakowskich leków bez polecenia lekarskiego, które zgromadzeni przyjmują do wiadomości bez dyskusyi.

2) Kol. Korczyński okazuje świeżą przesyłkę krowianki p. Freisingera z Liska, zawiadamia o pomyślnym rezultacie szczepień téjże a po dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj biorą udział koll. Murdzieński, Kwaśnicki, Wilkosz i Korczyński, uchwala Towarzystwo dla tém skuteczniejszego popierania krowianek krajowych na wniosek ostatniego prosić kol. Browicza o systematyczne badanie prób krowianki pp. Freisingera i Kubickiego, a mianowicie tak pod względem mikroskopowym, jakotéż doświadczalnym, czy taż nie zawiera przyrzutów szkodliwych. Kol. Browicz oświadcza, że chętnie podejmować będzie takie badanie na żądanie interesowanych, jeżeli mu dostarczą materyjału.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet Tow. lek. krak. wywiązując się z polecenia, danego mu przez Towarzystwo, rozpatrzył się w sprawie odnoszącéj się do ordynacyj lekarskich, które się odbywają w pewnéj aptece w Krakowie a jako rezultat

swoich w téj mierze roztrząsań przedkłada obecnie Towarzystwu wnisek następujący: „Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje, że ordynowanie stałe w aptekach w pewnych godzinach czyni ujmę stanowi lekarskiemu“. W dyskusyi nad tym wnioskiem czynili uwagi kol. Obaliński, który żąda, aby myśl tego wniosku wyrazić dobitniéj, kol. Wilkosz żąda, aby oprócz téj uchwały postarać się jeszcze przez pouczenie ludu o zapobieżeniu wyzyskiwania społeczeństwa przez niesumiennych aptekarzy, wreszcie koll. Zaręba, Cybulski i pierwotny wnioskodawca kol. Korczyński, poczém zgromadzeni wniosek komitetu jednogłośnie przyjmują.

4) Następuje zapowiedziany wykład kol. Gluzińskiego „O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka“. (Wykład ten będzie drukiem ogłoszony).

5) Z kolei mówi kol. Jaworski: O odczynnikach służących do wykrywania kwasu solnego w treści żołądka. Wykładający wspomina o sposobach dawniéj używanych do wykrywania kwasu solnego wolnego w treści żołądkowéj i przedstawia ostatniemi czasy w tym celu polecane: jakoto: papierki z czerwieni Kongo, *Vert brillant*, papierki tropeolinowe i rozczyn fluoroglucyno-wanilinowy. Okazuje sok żołądkowy, z którym wszystkie te odczynniki dają bardzo wybitne oddziaływanie na kw. solny, jednak tylko warunkowo. Po 10-krotném bowiem rozcieńczeniu tego soku wodą przekroploną żaden z powyższych odczynników charakterystycznego oddziaływania nie wywołuje. Podobnież po dodaniu istot białkowatych do tego soku, oddziaływanie wszystkich odczynników zostaje zakryte, chociaż barwik lakmusowy i miareczkowanie wykazują znaczną kwasotę. Następnie utworzył prelegent rozczyn wodny kw. mlekowego, w którym charakterystyczne oddziaływanie jak przy badaniu na kw. solny wystąpiły, z wyjątkiem rozczynu fluoroglucyno-wanilinowego. W końcu podał kol. J. wskazówki, w jaki sposób należy postępować przy poszukiwaniu wolnego kw. solnego w treści żołądkowéj, aby się o ile możności ustrzedz od pomyłek.

Podczas tego posiedzenia subskrybowali obecni kwoty na arkuszu przedłożonym przez kol. Korczyńskiego, przeznaczone na zakupno akcyj banku ratunkowego w Poznaniu.

Dr. Schaitter, sekretarz.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. L. Pfeiffer: **Wyniki dotychczasowych usiłowań, aby wyhodować grzybki krowiankowe i antiseptyka przy szczepieniu.**

Krowianka jest znakomitą materyją odżywczą dla bardzo wielu grzybków i nawet przy najschludniejszém i najtroskliwszém postępowaniu nie można zapobiedz dostawaniu się ich do niéj. Szczęściem tylko mikroby krowiankowe w walce o byt zdołają zazwyczaj odnosić zwycięstwo nad niemi. Są one przeważnie niewinnéj przyrody. Szkodliwemi okazały się dotąd koki ropy, róży, *impetiginis contagiosae*, nieznany jeszcze przyrzut kiły, a według najświeższych spostrzeżeń także prątek gruźliczy z krowianką daje się zaszczepić. Według dotychczasowych badań można wnosić, że jakiś mikrob, należący do składników krowianki, jest właściwym przyrzutem krowiankowym, ale odosobnić go i wyhodować dotąd nikomu się nie udało.

Wyhodowane dotąd grzybki z limfy szczepiankowéj są znane: 1) *Saccharomyces vaccinae*, grzybek zdolny wywiązywać z rozczynu cukru kwas węglowy. Zwyczajnie znajduje się go w powietrzu stajenném. 2) Rozmaite gatunki *sarcinae*, jak: *sarcina lutea, tetragonos, aurantiaca.* 3) Postacie prątków są tylko przypadkową domieszką i dostają się do krowianki z bielizny i skóry osób, z których ją zbiera, w limfie zaś zbieranéj z cieląt zwyczajnie się znajdują i to obficiéj. Kropla żelatyny rozpuszczonéj przez wyhodowane na niéj bakteryje zielonkowato, wstrzyknięta myszom pod skórę, nie sprowadzała według jednych badaczy żadnych złych następstw, podczas gdy Hauser wywołał przez wstrzykiwanie takiéj żelatyny u królików i morskich świnek zejście śmiertelne. Skutek ten odnosi H. do wywiązania się w żelatynie ptomainów. Przyczyną zaś ich powstawania może być *proteus vulgaris*, wykryty w gnoju przylepionym do sierści cieląt szczepionych. 4) Najliczniéj znajdują się w limfie mikrokoki. Najważniejsze pomiędzy niemi są: *staphylococcus cereus albus* i *micrococcus pyogenes aureus*. Hodowle ich zaszczepione cielętom sprowadzają pęcherzyki, lecz nie rozwijają się okresowo jak po krowiance bez obwódki różowéj i nie zasychają w strupy. 5) Chorobotwórcze mikrokoki w limfie: *a*) *Staphylococcus pyogenes aureus, albus* i *citreus* po zaszczepieniu wywołują raz pęcherzyki, drugi raz zapalenie czerakowe skóry. Wstrzyknięte pod skórę stosownie do ilości dają powód do tworzenia się ropni, to znowu nastaje po nich ogólne zakażenie. Zastrzyknięte w żyły lub pod otrzewnę sprowadzają w 2—9 dni śmierć z objawami zakrzepowego zapalenia nerek i ropnego zapalenia stawów. U ludzi te same grzybki wywołują stosownie do ilości ostre ropnie, otoki, czeraki, ostre zapalenie szpiku kostnego i objawy towarzyszące ropnicy i owrzodzeniu śródsierdzia. Rzadko spostrzega się te grzybki w limfie zbieranéj u dziecka do 7 dni. W Aspières, po szczepieniu 43 dzieci, umarło nazajutrz 6, reszta chorowała. Pasteur nie znalazł w limfie, jakiéj użyto do szczepienia tychże dzieci żadnych grzybków dla zwierząt szkodliwych, tylko zauważył, że w drugiéj generacyi téjże krowianki były przymieszki jadu gnilnego, który się późniéj zupełnie rozwinął. *b*) *Streptococcus* w 5ciu odmianach może się dostawać do krowianki tylko przypadkowo. Bardzo złośliwy jest: *str. pyogenes, malignus articulorum* i *septicus*.

Ropnica i posocznica przebiegają jednakowo i u bydła i u ludzi. U cieląt bywają one dosyć częstą po zapaleniu naczyń pępowinowych. Mięso z takich cieląt sprowadzało wielokrotnie chorobę u ludzi. Bollinger zaznacza, że *sepsis* po zaszczepieniu może nastąpić, jeżeli krowianka ulega gniciu. Podejrzywać można cielęta o ropnicę i posocznicę, gdy do 3 tygodni życia nie zupełnie zagojona jest pępowina. Cieląt z ropą w żyle pępkowéj i ciepłotą wyższą od 41°C. mierzoną w odbytnicy nie należy używać do szczepienia. W dobrze urządzonych zakładach krowiankowych powinno się każdą limfę przed użyciem do szczepienia ludzi szczepić na próbę 2—3 królikom, celem przekonania się, czy nie zawierają koków róży. Jeżeli po zaszczepieniu nie pojawi się róża, można z największém prawdopodobieństwem wykluczyć zanieczyszczenie krowianki przez *streptococcus pyogenes* i *erysipelatosus*. *c*) Kiłę utajoną można przeszczepić zbieraną z dzieci szczepianką a dotkniętych kiłą. Również i gruźlicę w ostatnich czasach spostrzegają po szczepieniu.

Z cieląt nadzwyczaj rzadko dałaby się przeszczepić gruźlica, gdyż u nich zaledwie raz na 34000 dotąd spostrzegano perlicę. Po zaszczepieniu krowianką powstaje w takich razach guzek gruźliczy, a następnie serowate obrzmienie gruczołów.

Antiseptyka szczepienia. Dotąd nie udało się wyszukać środka niszczącego grzybki chorobotwórcze w krowiance bez wytępienia siły jéj szczepiankowéj. Dla zabezpieczenia wnikania koków róży do ranek po szczepieniu, radzi Freund zmywać ramię rozczynem sublimatu terpentynowym 0·1 procentowym. Przy szczepieniu bardzo licznem okazały się wszelkie opatrunki ranek szczepiankowych jako niepraktyczne, gdy chodzi o to, aby od 5—14 dni nie dopuścić zakażenia różą. Po pomazywaniu mięszaniną kolodium z sublimatem

(0·1 na 10 z kilku kroplami olejku rącznikowego) od 5 dnia po szczepieniu miano sprowadzić spieszniejsze gojenie się krost szczepiankowych, a tém samém mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia. Aby zapobiedz niebezpieczeństwu zebrania limfy z grzybkami chorobotwórczemi, należy zaniechać zbierania jéj w domach chorobami zakaźnemi nawiedzonych, odwietrzać się powinien zbierający limfę, jak głównie należy odwietrzyć narzędzia do tego używane i miejsce, z którego się ma zbierać krowiankę. (*Zeitschrift für Hygiene III Bd. 2 Heft*). *Dr. Buszek.*

Okólnik Wydziału krajowego z dnia 30 grudnia 1887 r. l. 63.306 w sprawie utrzymania studzień w każdéj miejscowości.

Odezwa c. k. Namiestnictwa z d. 13 grudnia 1887 L. 69581 wystósowana do Wydziału krajowego. C. k. komenda 11go korpusu we Lwowie pismem z d. 25 października l. 779 w sprawie potrzebnych napraw dróg gminnych poruszyła także sprawę braku przydatnéj wody do picia na Podolu podnosząc, że brak ten w bardzo dotkliwy sposób daje się czuć na wyżynie podolskiéj, gdzie często na kilka godzin drogi nie natrafia się na wodę. Jakkolwiek trudném jest gruntowne zaradzenie temu złemu, to jednakowoż możnaby, zdaniem komendy, także w interesie ludności wpływać na to, aby istniejące już, częstokroć zaniedbane studnie utrzymane były w należytym stanie, tudzież aby urządzono możliwą ilość studzien nowych. Daléj podnosi komenda, iż co do wody z rzeki i stawów używanéj do picia i pojenia bydła należałoby mieszkańcom ile możności zabronić surowo moczenia konopi, przez co woda się zapowietrza i staje się całkiem nie do użycia. Co się tyczy zaradzenia brakowi wody do picia po wsiach, to już ta sprawa była przedmiotem zarządzeń odnośnych władz tak autonomicznych jak i rządowych. C. k. Namiestnictwo miało zaszczyt udzielić świetnemu Wydziałowi krajowemu odezwą z d. 12 grudnia 1874 l. 39,561 wnioski ck. krajowéj Rady zdrowia, między temi także wniosek, ażeby zarządzić w sposób przymusowy urządzenie w każdéj miejscowości studzien ocembrowanych. W skutek tego wydał świetny Wydział krajowy okólnik do wszystkich wydziałów powiatowych z d. 11 lutego 1876 l. 2400, w którym wyłuszczając obszernie i popularnie motywa wniosku c. k. krajowéj Rady zdrowia, przedstawiając zarazem doniosłość tegoż pod względem higijenicznym i pouczając oraz, w jaki sposób to zarządzenie sanitarne ma być wykonane na podstawie § 27 lit. *f.* ustawy gminnéj i § 3 lit. *a.* ustawy sanitarnéj z d. 30 kwietnia 1870 Dz. u. p. l. 68, według których sprawa ta do własnego zakresu działania gminy należy, wezwane zostały Wydziały powiatowe, ażeby pouczyły wszystkie gminy o potrzebie urządzenia studzien ocembrowanych, o ich użyteczności i sposobie, w jaki je urządzić należy, polecając zwierzchnościom gminy, ażeby w myśl tego pouczania przekształcały studnie już istniejące i urządzały nowe, jeżeli stara nie da się należycie przekształcić, albo jeżeli gmina nie posiada dotąd przystępnych dla wszystkich mieszkańców studni publicznych. Zarazem polecono Wydziałom powiatowym, aby w razie natrafienia na opór nieusprawiedliwiony, użyły energicznych środków zaradczych, a ewentualnie zażądały pomocy c. k. Starostwa. W skutek szacownéj odezwy z dn. 11 lutego 1876 l. 2400 poleciło téż c. k. Namiestnictwo wszystkim c. k Starostwom, udzielając im w odpisie okólnik powyższy, aby przy sposobności urzędowych zgromadzeń wójtów przedstawiały im doniosłość higijeniczną studzień ocembrowanych i skutecznie popierały Wydziały powiatowe przy przeprowadzeniu odnośnych zarządzeń.

Gdy jednak, jak się z powyższego pisma komendy korpuśnéj okazuje, zarządzenia powyższe z czasem w zapomnienie poszły, przeto przypominając równocześnie c. k. Starostom okólnik z d. 28 lutego 1876 l. 9698 mam zaszczyt zawiadomić o tém świetny Wydział krajowy z uprzejmém wezwaniem, aby zechciał ze swéj strony ponowić wezwanie do Wydziałów powiatowych o skuteczne w téj mierze zarządzenia i mogę zapewnić, że zarządzenia, jakie w téj mierze wydały powiatowe władze, znajdą wszelkie możliwe poparcie ze strony c. k. Starostw.

Co się tyczy kwestyi moczenia lnu i konopi w wodach stojących i płynących, to ta sprawa właśnie jest na porządku dziennym narad c. k. krajowéj Rady zdrowia. D. j. w.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 10 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta przy licznym udziale swych członków posiedzenie, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości daty odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w r. 1887, z których się okazuje, że umarło razem osób 2397, co po odtrąceniu obcych zmarłych w szpitalach odpowiada 24·3 na rok i na 1000 mieszkańców. Jestto stosunek bardzo korzystny i znacznie lepszy, niż w latach poprzednich. W szczególności umarło z gruźlicy 483, z zapalenia płuc i opłucny 443, z chorób narządu trawienia 355 osób. Zmarli na choroby zakaźne wynoszą tylko 12·4% ogólnéj liczby, gdy dawniéj wynosili 20% i więcéj. Daty te dały powód do obszernéj dyskusyi, w któréj poruszono rozmaite, bardzo ważne kwestyje dotyczące poprawy zdrowia publicznego. I tak r. m. Dr. Domański podał do wiadomości przypadek z własnéj obserwacyi, w którym w sierpniu r. z. wybuchnęła dysenteryja prawie równocześnie w 3 rodzinach zaopatrywanych w mleko przez włościankę z Galicyi, któréj dziecko chorowało również na dysenteryję, co wznieca mocne podejrzenie, iż mleko było tym razem nośnikiem zarazy. Przypadek ten nie będący nowością dla świata lekarskiego dowodzi, że nietylko konieczną jest ścisła kontrola mleka, ale nadto, że mleczarnie dające należyte rękojmie sanitarne zasługują na poparcie władzy miejskiéj. Dr. Ponikło przytoczył z własnego doświadczenia, jako fizyk powiatu krakowskiego, kilka ważnych pod względem lekarskim szczegółów, dotyczących postępowania we wsiach z mlekiem a Dr. Buszek nadmienił, że według rozbioru chemicznego mleko z mleczarni p. Eweliny Dobrzyńskiéj jest bardzo dobre i zawiera w sobie prawidłowy procent tłuszczu czyli masła. Na wniosek Dra Zarewicza wyznaczono podkomisyję z Drów Buszka i Ponikły w celu zastanowienia się nad sposobami zapobieżenia zawlekaniu do miasta chorób zaraźliwych za pomocą mleka, co jest rzeczą teraz tém ważniejszą, że najnowsze spostrzeżenia zrobione w Anglii przemawiają za tém, że szkarlatyna, jedna z chorób zakaźnych najniebezpieczniejszych dla dzieci, jest chorobą pierwotnie bydła rogatego i przenosi się za pośrednictwem mleka na ludzi. Na wniosek r. m. Dra Bandrowskiego uchwalono zastanowić się nad utworzeniem miejskiéj stacyi, badającéj pod względem lekarskim artykuły konsumcyjne. — Petycyja mieszkańców Stradomia domagających się otworzenia napowrót apteki w téj części miasta dała powód do obszernéj dyskusyi, w któréj podniesiono niestosowne rozpołożenie aptek w Krakowie a w niektórych z nich różne niewłaściwości. Do przedłożenia stósownych wniosków w téj mierze na jedném z następnych posiedzeń wybrano podkomisyję z r. m. Dra Jordana i Drów Grabowskiego i Zarewicza. — Na wniosek r. m. Dra Domańskiego uchwalono przedstawić, gdzie należy, wniosek wypłacenia należytości za przyrząd desinfekcyjny, który odpowiada wszelkim warunkom tak kontraktu jak i higijeny. Również z inicyjatywy tegoż samego uchwalono Radzie miejskiéj przedłożyć wniosek wzięcia przez Kraków udziału w wystawie przyrodniczolekarskiéj, która ma odbyć się we Lwowie podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników, pod warunkiem wszakże, aby przedmioty przez Kraków posłane stanowiły całość a nie były rozdzielone po różnych grupach wystawy. Sprawę instrukcyi dla zakładu desinfekcyjnego odroczono ze względu na spóźnioną porę do następnego posiedzenia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1 — 7 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25·5. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (7 z. t.); z duru brzusznego 2 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z gruźlicy 7 (13 z. t.); z zapalenia płuc 3 (5 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 25 — 31 grudnia umarło z ospy: w Tarnopolu i Tarnowie po 2, w Czerniowcach 4, w Warszawie 10, w Wiedniu 4, w Lublanie 6, w Tryjeście 10, w Pradze 6, w Budapeszcie 5, w Rzymie 4, w Wenecyi 1, w Paryżu 3, w Petersburgu 1. Z odry umarło w Czerniowcach 1, w Hamburgu 10, w Budapeszcie 10, w Paryżu 14, w Londynie 28, w Kopenhadze 7, w Chrystyjanii 33. Z płonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Czerniowcach 1, w Wiedniu 8, w Tryjeście 2, w Pradze 3, w Londynie 40,

w Stokholmie 8, w Petersburgu 11, w Warszawie 7. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie, w Drohobyczu i w Przemyślu po 2, w Brodach, Stanisławowie i Czerniowcach po 1, w Tarnopolu 3, w Wiedniu 12, w Tryjeście 6, w Pradze 3, w Berlinie 24, we Wrocławiu 14, w Gdańsku 7, w Dreźnie 8, w Mnichowie 7, w Budapeszcie 16, w Paryżu 37, w Londynie 43, w Kopenhadze 11, w Chrystyjanii 8, w Petersburgu 15. Z duru umarło we Lwowie 3, w Brodach i Tarnowie po 2, w Przemyślu i Czerniowcach po 1, w Wiedniu 3, w Tryjeście 2, w Pradze 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 40,6; we Lwowie 37,2; w Brodach 20,3; w Drohobyczu 60,0; w Kołomyi 39,7; w Przemyślu 46,9; w Stanisławowie 47,3; w Tarnopolu 25,1; w Tarnowie 36,4; w Czerniowcach 34,7; w Warszawie 23,9; w Poznaniu 21,1; w Wiedniu 24,6; w Salcburgu 25,1; w Gracu 32,6; w Tryjeście 39,6; w Insbruku 27,9; w Pradze 34,4; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 28,0; w Berlinie 19,0; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 19,1; w Dreźnie 19,6; w Hamburgu 34,6; w Kolonii 23,1; w Lipsku 17,0; w Mnichowie 26,6; w Strasburgu 20,0; w Amsterdamie 21,4; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 30,6; w Chrystyjanii 36,9; w Kopenhadze 26,4; w Londynie 23,3; w Odesie 25,6; w Paryżu 24,8; w Petersburgu 27,8; w Rzymie 27,3; w Stokholmie 21,6; w Wenecyi 31,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 lutego. Otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

W myśl uchwały Wydziału gospodarczego mam zaszczyt upraszać szanowną Redakcyję o łaskawe umieszczenie następującej wzmianki tyczącej się odroczenia terminu zjazdu.

„V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Czyniąc zadość licznym życzeniom lekarzy i przyrodników a nawet całych instytucyj i stowarzyszeń tak miejscowych jak i zamiejscowych, Wydział gospodarczy uchwalił odroczyć termin zjazdu z miesiąca maja na drugą połowę lipca b. r. t. j. od 18 do 21 lipca.

Z uwagi na odbywający się corocznie zjazd pedagogiczny w dniach 16 i 17 lipca (który bieżącego roku odbędzie się w Rzeszowie), dzień pierwszy zjazdu oraz uroczyste otwarcie wystawy higijeniczno-lekarskiej i przyrodniczo-dydaktycznej naznaczono na 18 lipca. Wieczorem 17go przyjazd członków i zebranie koleżeńskie, celem wzajemnego się poznania. Na posiedzenia, czyli właściwe prace zjazdu, przeznaczono dni cztery, piątego dnia t. j. 22 odbędzie się wspólna wycieczka. Walnych zgromadzeń będzie dwa, w dniu pierwszym (18) i ostatnim (21) zjazdu. Towarzyskie zebranie, teatr, koncert, wspólny objad, oraz zwiedzanie miasta i ważniejszych instytucyj przeplatać będą prace uczestników“.

Wysokość opłaty dla członków zjazdu naznaczono na 5 złr.

Lwów d. 13 lutego 1888 r.

Dr. J. Szpilman,
sekretarz.

* **Lwów. W skutek uchwały Rady Zawiadowczej i w myśl §. 35 ustawy towarzystwa odbędzie się zwyczajne Walne Zgromadzenie w d. 27 lutego 1888 r. w poniedziałek o g. 12 w południe, w biurze sanitarném c. k. Namiestnictwa.**

* Wydział krajowy mianował Dra Ferdynanda Weigla, adwokata krajowego, b. prezydenta miasta, przewodniczącym Rady administracyjnej szpitala św. Łazarza w Krakowie, w miejsce prof. Korczyńskiego, który, jak w swoim czasie donieśliśmy, po kilkoletniém, energiczném sprawowaniu tego urzędu prosił o uwolnienie od obowiązków.

* W Ciężkowicach jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z płacą roczną 200 złr. W dalszym widoku jest posada lekarza kolejowego z płacą roczną 180 złr., do miejscowości Ciężkowic przywiązana i dotąd nie obsadzona, oraz subwencyja z Rady powiatowej.

* *Berl. klin. Woch.* — dawniej tygodnik ściśle przedmiotowy — od pewnego czasu zaczyna mięszać się do polityki a na razie upodobał sobie Czechów, przeciw którym występuje już po raz drugi w roku bieżącym. Otóż w sejmie czeskim uchwalono niedawno ustawę sanitarną gminną, w której powiedziano, że lekarz gminny obowiązany znać oba języki krajowe (czeski i niemiecki) w takich powiatach sanitarnych, w których obie narodowości są reprezentowane. Nic zapewne godziwszego na świecie, — powie każdy człowiek nie uprzedzony. Prawda, że lekarze czescy zadanie mają łatwiejsze, bo każdy z nich umie po niemiecku, podczas gdy lekarze niemieccy dotąd gardzili i gardzą językiem większości krajowej. Zamiast ubolewać nad własném zaślepieniem, lekarze niemieccy poruszają niebo i ziemię, jakoby doznali pokrzywdzenia o pomstę wołającego a Berlinka przychodzi w pomoc swéj braci uciemiężonéj. A przecie rozchodzi się tylko o to, aby lekarz gminny był w stanie porozumieć się z chorym, bo wszak on ustanowiony jest dla chorego a nie chory istnieje dla niego!

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg**. Drowie Hoffmann i Fleischer habilitowali się jako docenci prywatni medycyny wewnętrznéj. — **Petersburg**. Znakomity anatom prof. Wacław Gruber opuszcza Rosyję i przenosi się do Tyrolu południowego. — Dr. Dostojewski habilitował się jako docent histologii i embryjologii w Akademii wojskowo-lekarskiéj. — **Padwa**. Zmarły prof. Vanzetti darował uniwersytetowi sumę 100,000 franków i biblijotekę swoją.

* **Odznaczenie**. Dr. Osowicki w Poznaniu otrzymał tytuł radzcy zdrowia.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek, otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Wiktor Idziński z Żywca. Władysław Kopaczyński z Sambora i Walery Cymbler z Krakowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 6: Kosińskiego: Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zap. otrzewny i niedrożności jelit. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Matlakowskiego: *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis communis dextrae* oraz uwagi o sposobie Antylla; Sokołowskiego: Czy obrażenie ciała może być przyczyną ostrego zapalenia płuc?

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. ZAGÓRSKI: Oko i malarstwo. Szkic fizyjologiczny. Odbitka z *Ateneum*, Warszawa 1887, in 8vo str. 21.

Dr. M. BORYSIEKIEWICZ (obecnie prof. okulistyki w Insbruku): Untersuchungen über den feineren Bau der Netzhaut, Leipzig u Wien 1887, in 8vo str. 70 z 91 drzeworytami w tekscie.

Docent Dr. A. GLUZIŃSKI: Über das Verhalten der Chloride im Harn bei Magenkrankheiten. (Aus d. med. Klinik in Krakau). (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 52) in 8vo str. 6.

Dr. J. PAWIŃSKI: Przypadek choroby Addisona. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1888) in 8vo str. 13

Tenże: O działaniu siarczanu sparteiny. (Odbitka z *Gaz Lek.* 1888) in 8vo str. 22.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 b. m. o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Grabowski złoży sprawozdanie kasowe redakcyi Przegl. Lek., poczém 2) kol. prof. Rydel będzie miał wykład poprzednio zapowiedziany, a wreszcie 3) prof. Browicz będzie miał rzecz o marskości żołądka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.